PRZEGLĄD
Chirurgiczny i Ginekologiczny
TOM I. ZESZYT II. WRZESIEŃ. 1909.

PRACE ORYGINALNE.

Przepuklina przykątnicza wewnętrzna

HERNIA INTERNA PERICAECALIS.

podał
ALFONS MARCINKOWSKI
Doktór Wszech Nauk Lekarskich. Lekarz Szpitala Św. Trójcy i Żydowskiego w Piotrkowie.

Piśmiennictwo zachyłków przykątniczych odznacza się mianownictwem tak niezrozumiałem i chaotycznem, że nieraz koniecznem jest posiłkowanie się kilku określeniami naraz, by uniknąć nieporozumień, bardzo łatwych, gdy słownictwo przedmiotu dotąd jest nieustalone a poszczególni autorowie opisują różnorodne rzeczy pod jedną nazwą.

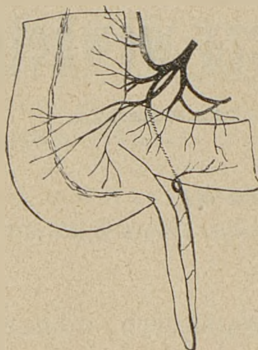
Zachyłki przykątnicze zależą od fałdów otrzewnych, które pozostają w związku z rozwojem naczyń krwionośnych, lub też powstają w linii przyczepów otrzewnej na jej stałem podłożu.

Do pierwszej kategoryi należą fałdy, znajdujące się na lewej stronie kątnicy; początek swój zawdzięczają okoliczności, że zarodkowa kątnica rośnie szybciej od naczyń krwionośnych, na ścianie jej pod otrzewną leżących, które szukając dróg krótszych, jak mówi Moynihan, oddzielają się, napinają i ciągną za sobą otrzewną.

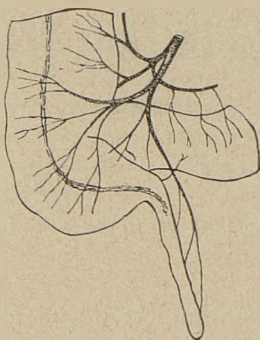
Fałdy te są najwyraźniejsze u płodów i dzieci, później wygładzają się stopniowo, gdyż kątnica, rosnąc najbardziej

w kierunku poprzecznym, zużytkowywa je na pokrycie swej ściany. Trwałym jest tylko fałd, należący do różnicującego się wyrostka robaczkowego i mieszczący tętnicę, która go odżywia.

Najbardziej ku przodowi wysunięty fałd zależy od przedniej gałązki tętnicy krętniczookrężniczej (art. ileocolicae), i dlatego Broesike wprowadza nazwy: tętnica i fałd krętniczo-kątniczy przedni (arteria et plica ileocaecalis anterior), Moynihan zaś nazwał fałd — Plica vascularis anterior (Plica ileo-caecalis superior, Pl. ileo-colica). Najgłębszy z fałdów, zazwyczaj równoznaczy z krezeczką wyrostka robaczkowego, zowie się



Ryc. I. Typ prawidłowy.



Ryc. II. Typ odwrotny.

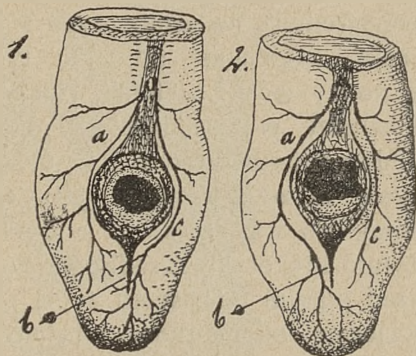
Kopiowane z Moynihan'a Retroperitoneal Hernia.

krętniczokątniczym tylnym (Plica ileo-caecalis posterior) (Broesike), Pl. vascular. post. (Moynihan). Tętnica krętniczookrężnicza (arteria ileo-colica) dzieli się w krezce na dwie główne gałęzie, z których jedna kieruje się ku przodowi, druga ku tyłowi, tak, że obie okraczają końcowy odcinek jelita krętego (intestinum ileum) od góry; pierwszą jest wyżej wzmiankowana tętn. krętniczo-kątnicza przednia (a. ileo-caecalis anterior), druga, która leży poza tylną ścianą owego jelita, zowie się tętn. krętniczo-katniczą tylną (a. ileo-caecalis posterior), albo tętn. wyrostka robaczkowego (a. appendicularis). Stosunki te uwydatnia załączona rycina № I. Rycina II przedstawia typ odwrotny: krezeczka wyrostka robaczkowego leży z przodu,

czyli tętnica wyrostka robaczkowego przebiega w fałdzie krętniczokątniczym przednim (pl. ileocaecalis anterior).

Na Ryc. I widzimy małą, zaginającą się z pod dolnego obwodu jelita krętego tętniczkę pochodzącą od tylnej gałązki tętnicy krętniczookrężniczej. To małe naczynko leży w trzecim fałdzie, mieszczącym się między przednim i tylnym i określanym najczęściej jako fałd krętniczowyrostkowy (pl. ileo-appendicularis) (Ionnesco) (bloodless fold Treves'a, intermediate fold Moynihan'a).

Kelly przedstawia trzy typy rozwojowe omawianych fałdów i tętnic; na rycinie № III,1 widać ślepy worek, który zwisa poniżej przyczepu jelita krętego; na worku tym, z którego wyodrębnia się później kątnica i wyrostek robaczkowy, widać naczynia krwionośne: przednie a i tylne c; ostatnie dochodzi do wierzchołka ślepego worka, pierwsze kończy się wyżej. Na ryc. III,2 stosunek naczyń jest odwrotny. Naczynie, dosięgające wierzchołka, rozwija się dalej wraz z wyodrębniającym się wyrostkiem robaczkowym i, pociągając za sobą otrzewną, stwarza z niej krezeczkę wyrostka (mesoappendix), która dla typu pierwszego jest tylną, dla drugiego—przednią. W tym ostatnim przypadku rolę krezeczki wyrostka odegra fałd krętniczo-kątniczy przedni i tętnica wyrostka robaczkowego (art. appendicularis) powstanie z tętnicy krętniczo-kątniczej przedniej.



Ryc. III. Kopiowane z Kelly: The vermiform appendix and its Diseases.

W typie trzecim, najrzadszym, jedno z naczyń — przednie czy tylne, wchodzi w drobny fałd b, który jest krezką zarodkowej kątnicy i zarazem zaczątkiem fałdu pośredniego (t. zw. Pl. ileo-appendicularis); w tym przypadku krezeczka wyrostka rob. powstaje pośrodku, odchodząc od dolnego obwodu jelita krętego.

Gdy jedna z gałązek rozwija się silniej, a wraz z nią od-

powiedni fałd, dwie inne pozostają w tyle, lecz zazwyczaj u noworodków i osobników młodych widzi się je jeszcze wyraźnie.

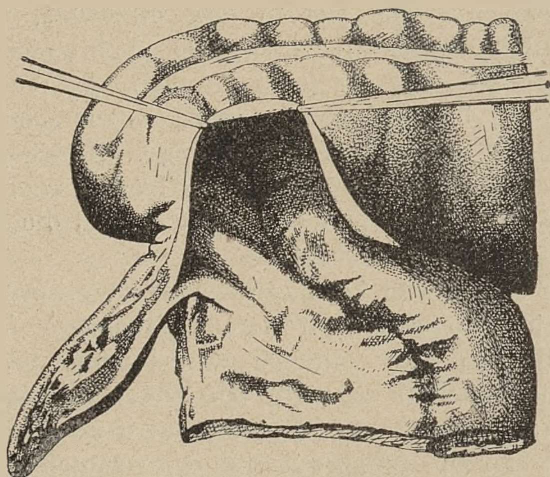
Fałd pośredni, czyli fałd krętniczo-wyrostkowy (Pl. ileo-appendicularis) (Jonnesco) był na zasadzie badań anatomo-porównawczych uważany przez Treves'a za właściwą krezeczkę wyrostka. Jonnesco zbijał to twierdzenie, podnosząc okoliczność, że jeżeli brakuje kiedy jednego z tych trzech fałdów u człowieka, to brak dotyczy właśnie fałdu pośredniego. Broesike dodaje, że ten fałd otrzymuje swoje naczynia od tętnicy wyrostka robaczkowego, nie od tętnicy krętniczo-okrężniczej bezpośrednio, co samo przez się dowodzi jej podrzędnego znaczenia i zależności od fałdu tylnego. Tenże autor, powołując się na wywody Luschka'i, Hartmann'a i Toldt'a, uznaje ten fałd za zależny w zasadzie od pęczków mięśniowych, rozpiętych między jelitem krętem i kątnicą, aczkolwiek przyznaje, że naczynie małego wymiaru jest w nim zawsze obecne. Szemat Kelley'ego wykazuje, że w życiu płodowem fałd ten stanowił istotnie krezeczkę zarodkowej kątnicy. Moynihan przyznaje, że przed piątym miesiącem życia płodowego fałd pośredni zależy wyłącznie od pęczków mięśniowych, lecz potem oddziela się tętnica krętniczo-wyrostkowa, napina fałd i od ściany kątnicy oddala brzeg jego wolny, w którym leży.

Fałd krętniczo-wyrostkowy rozpięty jest między dolnym obwodem końcowej części jelita krętego i przednią powierzchnią krezeczki wyrostka, o ile ta jest prawidłowa, czyli tylna. Niekiedy dolny brzeg fałdu spaja się z boczną powierzchnią wyrostka robaczkowego, albo nawet przyczepia się do tylnej ściany brzucha, tak, że wyrostek leży wówczas wewnątrz jamki, przez fałd wytworzonej (Broesike).

Górny brzeg fałdu przymocowywa się do dolnego obwodu jelita krętego, czyli w miejscu wręcz przeciwległem przyczepowi krezki, na przestrzeni bardzo zmiennej, wahającej się między 1½—2½ cali przeciętnie (Moynihan). Brzeg prawy przyczepia się do wewnętrznej powierzchni kiszki ślepej aż do podstawy wyrostka robaczkowego, lewy, wewnętrzny, wklęsły, jest wolny i zawiera wspomnianą wyżej tętniczkę krętniczo-wyrostkową. Jamka, od fałdu tego zależna (Recessus ileo-appendicularis, fossa ileo-caecalis media), otwiera się na dół i na lewo. Ścianę jej przednią stanowi fałd, tylną — krezeczka

wyrostka *) (pl. ileo-caecalis posterior), prawą — wyrostek, lewą — zarazem górną — jelito kręte. Na przekroju jamka ta ma kształt trójkątny. Z jamki tej może powstać torbiel, skoro otwór wejściowy ulegnie zarośnięciu.

Fałd krętniczo-kątniczy tylny (plica ileo-caecalis posterior) (pl. vascularis poster, mesoappendix, mesenteriolum), zależny od tylnej gałązki tętnicy krętniczo-okrężniczej (a. appendicularis), i stanowiący tylną ścianę dla poprzednio opisanej jamki, jest



Ryc. IV. Kopiowane z Wilms'a „Der Ileus". Należy uwzględnić, że dolny obwód jelita krętego został odsunięty ku górze.

zwykle krezeczką wyrostka robaczkowego. Fałd ten wychodzi z tylnej (lewej) blaszki krezki jelita krętego (mesenter. ilei), ma kształt czworokątny (Jonnesco, Moynihan), brzeg dolny umocowany na wyrostku robaczkowym, prawy na okrężnicy i kątnicy — w krawędzi tylno-wewnętrznej; lewy, wklęsły, wolny, zawiera tętnicę wyrostkową, wreszcie górny spojony z krezką jelita krętego w blizkości kąta między tem ostatniem i kątnicą. Krezeczka wyrostka jest zazwyczaj nikła i cienka, lecz może stać się grubą i tęgą przez nagromadzenie się tłuszczu. Pod spodem krezeczki znajduje się niekiedy lejkowata jamka, którą

*) n. b. gdy leży ona z tyłu!

Hartmann opisał pod mianem: fossa ileo-caecalis infima (zachyłek Hartmann'a (Broesike): zachyłek ten zajmuje przestrzeń między krezeczką i więzadłem kątnicy dolnem (Lig. int. caeci inferius, sinistrum, plica infra-angularis (Broesike). Moynihan zaznacza, że jamki takiej sam nie widział nigdy, lecz istnienie jej uważa za możliwe, a nawet przypuszcza, że przypadek Snow,a dotyczy przepukliny w zachyłku Hartmann'a.

Fałd krętniczo-kątniczy przedni (plica ileo-caecalis anterior (Broesike), plica vascularis anterior (Moynihan), pl. ileo-colica, pl. ileo-caecalis superior), jest to fałd otrzewnej, zaczynający się od przedniej (prawej) blaszki krezki krętniczo-kątniczej, ponad albo przed końcem jelita krętego, dążący ku dołowi i stronie prawej, by zlać się z przednią powierzchnią kątnicy, albo z podstawą wyrostka robaczkowego. Niekiedy fałd jest rozwinięty bardzo silnie, a rozgałęzienia leżącej w wolnym jego brzegu tętniczki odżywiają wyrostek na całej długości, czyli, że fałd odgrywa rolę krezeczki.

W tych razach fałd krętniczo-wyrostkowy zrasta się z tylną powierzchnią omawianego teraz przedniego fałdu. Ten ostatni zawdzięcza swe istnienie wspominanej już tętniczce, bez której nie napotyka się nigdy (Broesike). Moynihan uważa go za fałd stały, zawsze wyraźny i długi u zarodków i dzieci, zanikający u starych, zwłaszcza otyłych, wskutek nagromadzenia się tłuszczu, zresztą dostrzegalny, o ile poszukuje się uważnie, mniej lub więcej w każdym przypadku: zbadał on prawie 200 zwłok w tym kierunku.

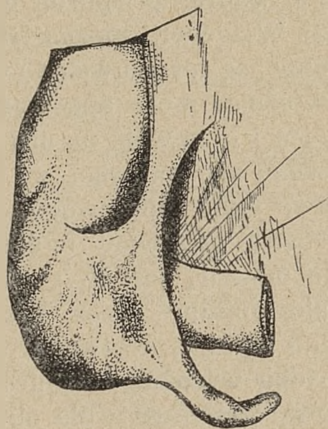
Fałd przedni zawiera w większości przypadków jeden lub dwa gruczoły chłonne w części górnej, blisko przyczepu do krezki (Moynihan, Kelly).

Pod fałdem tym kryje się mały zachyłek (recessus ileocaecalis anterior (Broesike), opisywany przez innych autorów jako fossa ileo-colica, f. ileo-caecalis superior, fossa vascularis anterior. Wielkość jego bardzo zmienna, wejście po stronie lewej.

Moynihan opisał jeszcze jedną jamkę, która otwiera się ku górze i stronie prawej i zależy od fałdu otrzewnej, unoszącego się na jednej z bocznych gałązek tętnicy krętniczo-kątniczej przedniej; najgłębsza z tych jamek, jaką M. napotkał, wynosiła około 1¾ cala. Fałd i jamka nazwane zostały przez

swego odkrywcę „dodatkowymi“ — accessory anterior vascular fold and fossa.

Między tylną, pokrytą przez otrzewną, ścianą kątnicy i tylną ścianą brzucha znajduje się jeszcze jedna jamka, t. zw. jamka podkątnicza, albo pozakątnicza (fossa subcaecalis, retro-caecalis, retro-colica), niekiedy płytka, niekiedy bardzo głęboka, zachodząca pod okrężnicę wstępującą; z boku prawego zamyka ją więzadło kątnicy górne (lig. caeci superius seu dextrum), z lewego dolne (lig. inferius, sinistrum, plica ileo-inguinalis, pl. infraangularis). Są to również fałdy otrzewne, z których pierwszy zaczyna się u dolnego bieguna nerki, złączony z tylno-zewnętrzną krawędzią okrężnicy biegnie na dół, ginie w dole biodrowym, a służy, podług Tuffier'a, ślepej kiszce w charakterze więzadła wieszadłowego. Fałd ten nie zawiera gruczołów i naczyń chłonnych, lecz mieści w sobie naczynia krwionośne, które łączą naczynia kiszki i luźnej tkanki, otaczającej nerkę (Moynihan).



Ryc. V. Kopia z Moynihan'a. Pl. et fossa ileo-caecalis anterior-cardinales et accessoriae.

Drugi fałd, czyli więzadło lewe, jest właściwie linią przyczepu krezki, niekiedy kończącą się w dole biodrowym, niekiedy dochodzącą do kanału pachwinowego (plica genito-enterica Treitz'a). U kobiet fałd może zlewać się z więzadłem szerokiem (Moynihan).

Dolne, swobodne powierzchnie tych dwóch fałdów są wklęsłe: czasami łączy je fałd poprzeczny, półkolisty, ku górze wygięty, napinający się, gdy pociąga się za kątnicę i otrzewną. Prawdopodobnie ten właśnie fałd opisał Waldeyer, jako opasujący na kształt ramki kątnicę od dołu i tworzący dla tej ostatniej specyalną kotlinę (fossa caecalis Waldeyer'a) — jamkę kątnicy, którą Broesike utożsamia z wyżej opisaną jamką pozakątniczą, lub uważa za część tejże.

Co do fałdu samego, sądzi Broesike, że tak samo jak na

skutek pociągania, napina się on wskutek skurczu okrężnicy, który unosi kątnicę ku górze, tłomacząc, że gdy skurcz taki następuje coraz częściej, fałd może ustalić się, i dać początek trwałej kieszonce. Takie samo znaczenie ustalające przypisuje nawarstwieniom tłuszczu.

Sądzę, że sposób powstawania jamki kątnicy, jak ją opisał Waldeyer, można łatwiej zrozumieć, gdy pamięta się, że jelita są przesuwalne także ku dołowi. Luźno umocowana okrężnica może opuszczać się na dół i spychać przed sobą kątnicę i otrzewną, na niej umocowaną; powstać może przemieszczenie tak znaczne, że kątnica, przesuwając się na podobieństwo jądra płodowego częściowo wewnątrz, a częściowo zewnątrz otrzewnej mianowicie swą ścianą tylną, może zstąpić do moszny, jest to t. zw. — hernie par glissement. Natenczas fałd, opisany przez Waldeyera, który obejmował jak ramką dno kątnicy, wytwarza worek przepuklinowy zupełny w przypadku wysokiego umocowania otrzewnej na tylnej ścianie kiszki, częściowy — dla obwodu kiszki przedniego — w przypadku umocowania nizkiego, inaczej rzekłszy. jamka Waldeyer'a jest w tym razie bardzo głęboka.

Niekiedy ta jamka może być jednakowa z opisaną przez Biesiadeckiego fossa ilaco-subfascialis (f. infracaecalis) z tą tylko różnicą, że na wytworzenie tej ostatniej składają się i głębsze warstwy tkanek. Biesiadecki wykazał, że górna połowa powięzi biodrowej jest słaba, wiotka i luźno umocowana, dolna zaś — tęga i ściśle związana z podłożem. Tarentzky widział niejednokrotnie, że na granicy tych dwóch odcinków znajdował się ostry, ku górze wygięty fałd. Zachyłek biodrowy Biesiadeckiego ma być wgłobieniem otrzewnej do rozluźnionej powięzi połowy górnej, lub wgłobieniem poza ten fałd graniczny. Tarentzky zapewnia, że zachyłek ten zdarza się zarówno na prawej, jak i na lewej stronie.

Jamka biodrowo-podpowięziowa (fossa iliaco-subfascialis) leży pośrodku dołu biodrowego, bywa niekiedy bardzo obszerna, otwiera się ku górze szparą eliptyczną, której średnica wynosić może 1½ — 2 cali. Ta szpara wejściowa jest ujęta od przodu w fałd, mniej lub więcej wyraźny, którego koniec dośrodkowy leży na mięśniu przylędźwiowym i skierowany jest ku

trzonowi krezki (radix mesenterii), odśrodkowy kieruje się ku grzebieniowi k. biodrowej.

Należy tedy mieć w pamięci następujące ważne dla chirurga zachyłki:

A.
1. Zachyłek krętniczo-wyrostkowy między fałdem krętniczo-wyrostkowym i krezeczką wyrostka.
2. Zachyłek pozakątniczy. Obydwa bywały najczęściej siedliskiem uwięzień wewnętrznych;

B.
3. Jamkę biodrowo-podpowięziową, zachyłek Biesiadeckiego;
4. Zachyłek krętniczo-okrężniczy pod fałdem krętniczo-okrężniczym, czyli krętniczo-kątniczym przednim. Są one (3 i 4) rzadko, jakkolwiek niewątpliwie, siedliskiem przepuklin, jak tego dowiodły spostrzeżenia lat ostatnich;

C.
5. Jamkę najniższą czyli Hartmanna, pod tylną powierzchnią krezeczki wyrostka rob.; istnieją wątpliwości odnośnie jej znaczenia dla powstawania przepuklin.

Tylko dwie pierwsze odmiany uważano dotąd za niewątpliwe siedlisko przepuklin, bowiem istniały opisy przypadków, spostrzeganych podczas przebiegu operacyi lub podczas oględzin pośmiertnych tak dokładne, że nie pozostawała co do nich jakakolwiek wątpliwość. Odmiana 3) tylko w jednym przypadku (Mott'a) była powodem uwięzienia, zachyłek zaś Hartmann'a nie posiada ani jednego przykładu niewątpliwego: wprawdzie Moynihan zalicza tu przypadek Snow'a, lecz tylko z pewną dawką prawdopodobieństwa, opis zaś samego Snow'a jest tak nieścisły i niezrozumiały, że Broesike ten sam przypadek uznaje za przykład przepukliny w zachyłku krętniczo-wyrostkowym (f. ileo-appendicularis).

Co do drugiego przypadku, który Lichtenstern wiąże z zachyłkiem Biesiadeckiego, to odnośny opis (Engel) pozwala stwierdzić tylko tyle, że worek przepuklinowy znajdował się w prawej połowie brzucha, i że mieścił prawie całe jelito cienkie. Ten ostatni szczegół podaje w wątpliwość rodzaj przepukliny, gdyż trudno przypuścić, by tak duża część przewodu pokarmowego zmieścić się mogła pod powięzią biodrową, wzmianka zaś, że kątnica wraz z okrężnicą były odsunięte ku

stronie lewej, nasuwa myśl, czy nie chodziło tu o przepuklinę dwunastniczą prawą (hernia duodenalis dextra). Usunąć wątpliwości mogłyby tylko kierunek i umiejscowienie otworu wejściowego, a te właśnie szczegóły zostały w opisie pominięte.

Przepuklina odmiany 4) opisana była dotychczas raz jeden i mianowicie przez Secord'a w r. 1906.

Broesike omawia tylko dwie pierwsze odmiany przepuklin przykątniczych czyli grupę A., nad resztą przechodzi do porządku dziennego. O zachyłkach Biesiadeckiego i Hartmann'a wzmiankuje wprawdzie, pierwszy wiążąc z imieniem Tarentzky'ego, lecz nie zastanawia się nad ich znaczeniem praktycznem.

Wspomniany powyżej przypadek Mott'a nie został bliżej opisany, znajduję tylko krótką wzmiankę u Moynihan'a, że Treves, obecny na posiedzeniu, gdzie pokazano preparat, uznał w nim przykład przepukliny biodrowo-podpowięziowej wbrew mniemaniu Mott'a, który sądził, że ma do czynienia z przepukliną pozakątniczą.

Co do jamki krętniczo-kątniczej przedniej, to, zdaniem autorów, jest ona zawsze tak płytka, że o uwięzieniu jelit w tym zachyłku nie może być mowy; zdanie to przecie nie jest słuszne.

Pomijając przypadki wątpliwe i sporne, przytoczę teraz przykłady przepuklin przykątniczych zupełnie pewnych, jakie udało mi się odszukać w piśmiennictwie, oraz przedstawię dwa własne spostrzeżenia uwięźnienia w zachyłku Biesiadeckiego, raz na stronie lewej, raz na prawej.

Zaznaczam tu, że od czasu zaznajomienia się dokładniejszego z przedmiotem niniejszej rozprawy nie omijam żadnej okazyi, zarówno na stole operacyjnym jak sekcyjnym, wejrzenia w stosunki i szczegóły anatomiczne kątnicy i dołu biodrowego. W większości przypadków własności powięzi biodrowej sa takie, jak je przedstawiali Biesiadecki i Tarentzky: połowa górna powięzi jest wiotka, dolna tęższa, a linia graniczna sierpowata, ku górze wklęsła, często bardzo wyraźna. Wprowadzenie palca poza tę linię graniczną w kierunku ku dołowi udawało mi się przeważnie bez trudności, przyczem tworzyła się kieszonka, zdolna pomieścić małą pętlicę jelita.

Ze względu na to, że przepuklina biodrowo-podpowięzio-

wa zdarza się po obu stronach i że obie powięzie (t. j. prawa i lewa) są w szczegółach swojej budowy jednakowe, zachyłek Biesiadeckiego nie może być wliczony do grupy przykątniczych. Przecież — ze względów praktycznych i mając na uwadze, że na stronie prawej zachyłek ten leży w najbliższem sąsiedztwie kątnicy i ta ostatnia wpływać może na jego powstanie, rozpatruję go w zestawieniu z fałdami i zachyłkami przykątniczymi.

Przepuklina krętniczo-wyrostkowa.

1) Przypadek Little'a*) — pochodzi z oględzin zwłok mężczyzny 60-letniego, budowy ciała potężnej, który cieszył się znakomitem zdrowiem aż do fatalnego napadu, w którym, dnia 9-go od początku choroby, zmarł w objawach uwięzionej przepukliny.

Opis preparatu dokładny i obszerny: „od punktu, leżącego blisko wyrostka robaczkowego, wązkie lecz mocne, białawe pasmo zdąża do odcinka jelita krętego, położonego w odległości mniej więcej 2-ch cali od końca tegoż i w otworze, leżącym pomiędzy tem pasmem, wyrostkiem i jego umocowaniem, mieści się długa pętla (16 — 18 cali) jelita, przyległa bezpośrednio do przyczepu wspomnianego pasma i uwięziona mocno — tak mocno — że w świeżym preparacie cienki zgłębnik z trudnością mógł być wprowadzony między jelitem i pierścieniem zaciskającym. Uwięzła część jelita jest barwy ciemnobrunatnej, mocno rozdęta i w stanie poczynającej się zgorzeli, z otrzewną, oddzielającą się w większości miejsc od dotykania palcem..."

Po przedstawieniu opisu fałdów z wyrostkiem robaczkowym związanych, Little dochodzi do wniosku, że przepuklina ta powstała między fałdem krętniczo-wyrostkowym i krezeczką wyrostka robaczkowego.

2) W przypadku Mac Ewana — choroba rozpoczęła się przed 5-ciu dniami bólami brzucha i wymiotami, które trwały bez przerwy całą dobę, po małem wypróżnieniu osłabły i na-

*) Moynihan „Retroperitoneal Hernia" p. 104, przytacza dosłowny odpis z publikacyi autora; nie mogąc otrzymać oryginału, korzystam z tego źródła.

stępne 3 doby występowały zrzadka. Następnie znowu bardzo częste; nie było już więcej stolca i gazów.

Stan ciężki. Brzuch bardzo rozdęty, ogólnie bolesny, lecz bez wrażliwości umiejscowionej. Boleści samoistne, głównie koło pępka. Wkrótce po przyjęciu dwukrotne kałowe wymioty.

Uwięźnienie było w worku otrzewnej, mającym otwór na lewo od kątnicy i wyrostka robaczkowego; 4 cale długa pętla jelita cienkiego była zaciśnięta w otworze worka tak mocno, że dla wydobycia jej wypadło naciąć pierścień zaciskający. Część uwięzła w stanie zgorzeli, barwy popiołu i z otworem, z którego wyciekało nieco kału. Wycięto 8 cali jelita, łącząc końce guzikiem Murphy'ego. Wlano do żyły rozwór fizyologiczny NaCl. Wyzdrowienie.

3) Nasse opisuje przypadek następujący:

Mężczyzna 46-cioletni, poprzednio zdrowy, uczuł nagle ból w prawem podbrzuszu w czasie ciężkiej roboty. Ból nasilał się, wystąpiły nudności i wymioty. Wypróżnienie miało miejsce raz jeden po wystąpieniu bólu. Po środku przeczyszczającym ból stał się więcej dojmującym, więc stosowano odtąd makowiec, lód i wlewania do kiszki, wszystko bez skutku. Po upływie 6½ dni od pierwszych objawów stan wielkiego wyczerpania, nader ciężki. Z ust woń kałowa. Gwałtowne boleści, brzuch bardzo wzdęty, bębnica. Prawa strona brzucha wydaje się boleśniejszą na ucisk, niż lewa. Wzmożonego ruchu jelit nie widać, otwory brzuszne oraz prostnica wolne.

Zabieg wykazał, że jelita cienkie bardzo rozdęte, grube puste, skurczone. Po odsunięciu rozdętych jelit ku stronie lewej znaleziono obok kątnicy opór, który nagle ustąpił. Odnaleziono pętlę, która uległa zaciśnięciu, wielkości kurzego jajka, jeszcze żywa, oraz duży zachyłek krętniczo-wyrostkowy, który zaszyto. W jamie brzusznej była duża ilość płynu surowiczego. Podczas wprowadzania do jamy brzucha bardzo rozdętych jelit, wyciśnięto część zawartości żołądka ku górze i przedostała się ona do dróg oddechowych.

Chory zmarł po upływie kilku godzin.

Oględziny zwłok wykazały między innymi, że fałd krętniczo-wyrostkowy bardzo duży; jego przyczep do jelita krętego długi na 6 — 7 cm. Fałd kieruje się na dół, leżąc przy kątnicy

na przestrzeni 2½ — 3 cm., a na wysokości początkowej części wyrostka spaja się z jego krezeczką, lecz i dalej znać go jeszcze, gdyż biegnie w postaci małego fałdu po przedniej powierzchni krezeczki. Kierunek tego małego fałdu odpowiada kierunkowi naczyń krwionośnych wyrostkowych, sam zaś zawiera naczynka, które wychodzą z tych ostatnich, przebiegają w jej wolnej krawędzi i giną w rozgałęzieniach na jelicie krętem. Fałd zawiera bardzo mało tłuszczu, jego największa wysokość wynosi 2 cm. i odpowiada kątowi między kiszką ślepą i krętą. Wyrostek ma krezeczkę dużą. Otwór, prowadzący pod fałd, prawie kolisty, wpuszcza do worka cztery palce. Zaciśniętą była dolna część jelita krętego.

4) Riese spostrzegał mężczyznę, który dźwigając ciężary, doznał raptownego bólu powyżej pachwiny prawej. Po leku przeczyszczającym miał jeszcze wypróżnienie. Po upływie dwóch dni zwracał wszystko, co przyjął; od 36 godzin wymioty kałowe. Chory w stanie nadzwyczaj ciężkiej zapaści. Boleści brzucha, zwłaszcza w okolicy prawego dołu biodrowego. Zewnętrzne otwory wolne; brzuch wzdęty umiarkowanie, ruchu jelit nie widać. W okolicy kątnicy opór. Po przemyciu żołądka wlano do kiszki od strony odbytu 3 litry wody, która dosięgła kątnicy. Stwierdzono teraz stępienie nad całą okrężnicą aż do kiszki ślepej, a obok tej ostatniej mały guz jajowaty sprężysty, dający odgłos bębenkowy. Kształt oraz wielkość tego guza naprowadzały na myśl o uwięźnieniu wewnętrznem w jednym z zachyłków przykątniczych.

Zabieg wykrył uwięźnienie dolnego odcinka jelita krętego między kątnicą i wyrostkiem robaczkowym; poniżej miejsca zaciśniętego pozostawał kawałek jelita krętego zupełnie skurczony. Pętlę uwięzioną uwolniono łatwo; na ścianie jej czarna plama wielkości jednomarkówki, lecz krążenie wkrótce powróciło a z niem i prawidłowe zabarwienie. Worek przepuklinowy był wielkości gołębiego jaja, wejście miało brzeg ostry i wpuszczało jeden palec. Wyrostek robaczkowy był nikły, płyn otrzewny zmętniały, krezka jelita cienkiego bardzo długa.

Autor nie zaszył kieszonki w otrzewnej, by nie przedłużać operacyi, a z drugiej strony — mając na uwadze, że zaro-

śnięcie otworu wejściowego może być przyczyną powstania torbieli. Wyzdrowienie.

Przepuklina pozakątnicza.

1) Aschoff ogłasza spostrzeżenie następujące: Kobieta dostała nagle ostrego bólu w podbrzuszu prawem; zaparcie, które się rozwinęło, trwało 3 tygodnie; nieobfite stolce bywały tylko po wlewaniach. Zabieg wykrył jelita cienkie rozdęte silnie a część najniższa krętnicy uwięzła w worku, leżącym poza kątnicą, bardzo dużym. Po rozluźnieniu pewnych zrostów część uwięzioną wydobyto z łatwością; na odcinku doprowadzającym była wyraźna brózda od ucisku pierścienia zaciskającego. Chora wyzdrowiała.

2) Mansell Moullin opisuje przypadek, dotyczący 40-to letniego mężczyzny. Początek choroby — nagły ból w nadbrzuszu; nazajutrz wymioty, trwające wciąż, brak stolca i wiatrów. Pacyent nie robi wrażenia ciężko chorego, aczkolwiek cierpi już trzy doby.

Brzuch wzdęty umiarkowanie, dosyć miękki; bóle niewielkie, umiejscowione w prawym dole biodrowym; tu wyraźny opór i obrzmienie ograniczone, którego górna granica, okrągława, nie przekracza wysokości pępka. Jądro prawe podciągnięte ku górze, lecz ból nie szerzy się do moszny. Chory zeznaje, że już poprzednio miewał podobne ataki, które po dniach paru samoistnie ustępowały.

Zabieg, wykonany po paru dniach, wykazał: powierzchnia kiszek zaczerwieniona, matowa, rozdęcie umiarkowane, ropy nie ma. Pod kątnicą pierścień zaciskający i uwięzione w nim jelito; gdy podsunięto palec, pociekła ciecz cuchnąca, podobna do tej, jaką zwracał.

Zaciśnięte jelito skierowane cokolwiek dośrodkowo i ku dołowi. Z powodu zapaści ograniczono się do przesączkowania. Tegoż dnia — zejście śmiertelne. Badanie pośmiertne wykryło pętlę jelita krętego przedziurawioną, leżącą poza kątnicą w jamce, wielkością dorównywującej jajku gęsiemu. Do jamki prowadził otwór o średnicy mającej nieco powyżej cala; otwór ten łączył jamkę z wolną jamą otrzewnej i miał postać pierścienia, powstałego ze zgrubiałej otrzewnej. Autor podkreśla łagodność objawów.

3) Neumann opisał mężczyznę, który lata całe miewał napady kolki, występujące nagle i połączone z wymiotami. Ostatni napad zjawił się w czasie pracy fizycznej, trwał znacznie dłużej; wymioty powtarzały się raz za razem, wzdęcie brzucha; stan bardzo ciężki. W moczu obfita ilość białka. Brzuch wzdęty umiarkowanie, lecz mięśnie napięte, zwłaszcza mięsień prosty brzucha lewy. Obmacywanie bardzo bolesne, szczególnie w podbrzuszu na stronie lewej; na tej samej stronie umiejscowione boleści. Chory wije się z bólu. Wymioty uparte, żółciowe. Rozpoznano uwięźnienie wewnętrzne.

W czasie zabiegu znaleziono kiszki grube puste, skurczone, jelita cienkie rozdęte, przekrwione, tylko dolny odcinek pusty. Poza kątnicą znaleziono uwięzłą pętlicę około 10 cm. długą, barwy ciemno-niebieskiej z ostrą granicą na odcinkach, leżących zewnątrz pierścienia zaciskającego. Uwolniono ją łatwo przez pociąganie, poczem pokazała się ciecz krwista z worka, który leżał poza kątnicą i mógł zmieścić pięść; ściany jego były pokryte błoną surowiczą, wejście wpuszczało dwa palce, brzeg miało ostry. Wyzdrowienie.

4) Funkenstein przedstawia historyę choroby i dane badania pośmiertnego pacyentki, operowanej przez Prof. Girard'a. Choroba rozpoczęła się przed 5 dniami nagłemi boleściami brzucha, które wzmagały się ciągle, do czego przystąpiły kałowe wymioty; nieobfite wypróżnienie miało miejsce jeszcze w drugim dniu choroby.

W pierwszych dniach bolesną na ucisk była prawa połowa podbrzusza. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono pod rozdętemi jelitami cienkiemi twardą obrączkę, zaciskającą pętlę jelita cienkiego. Uwolniono z łatwością pętlę uwięzłą i poprzestano na tem, nie rozglądając się bliżej co do istoty i położenia samej obrączki, gdyż wystąpiła zapaść, nakazująca jaknajszybsze ukończenie operacyi. Chora zmarła po 2 godzinach.

Oględziny pośmiertne wykryły żołądek bardzo rozdęty, jelita cienkie również rozdęte. Na jednej z pętlic błona surowicza matowa, sucha, pokryta włóknikowem nawarstwieniem, a prócz tego bruzdka okrężna, 1 — 2 cm. szeroka, o surowicówce mocno zaczerwienionej. O 25 cm. powyżej tego miejsca drugie, podobne, lecz płytsze zagłębienie. Były to oczywiście ślady po ucisku na odcinku uwięzłym, który znajdował

się w odległości 3 metrów od klapy Bauhina. Otrzewna, pokrywająca resztę przewodu pokarmowego oraz ściany brzucha, prawidłowa.

Pod kiszką ślepą znajduje się otwór okrągły o średnicy 2 cm., przez który wchodzi się do obszernej, 8 cm. długości mającej, wszędzie wysłanej błoną surowiczą jamy. Oś jamy skośna—zdąża na prawo i ku górze. Jelita cienkie mają krezkę szeroką — od trzonu tejże do przyczepu kiszki 21 cm. wynoszacą. Okrężnica wstępująca ma niedużą krezkę o przyczepie przyściennym, ułożonym w fałdki. Fałd krętniczo-kątniczy krótki, nacieczony tłuszczem. Fałd krętniczo-wyrostkowy szeroki do 2 cm., obfitujący w tkankę tłuszczową. Plica infra-angularis Broesike'go wyrażona dobrze; w fałd ten przechodzi część dośrodkowa pierścienia wpustowego jamy pozakątniczej, powyżej w mowie będącej.

5) Atherton opisuje 33 letniego mężczyznę, który od roru doznawał bólu w okolicy pachwinowej prawej i dołem brzucha. Podejrzewając, że przyczyną choroby jest wyrostek robaczkowy, poddano pacyenta operacyi, wyrostek odcięto i przecięto nieznaczne zrosty między esicą i ścianą brzuszną. Po dobie zaczęły się wymioty, które wzmogły się nazajutrz. Trzeciej nocy wymioty przybrały charakter kałowych. Rozpuszczono szwy; z rany pokazała się krwawa surowica z pęcherzami gazu. Ręka, wprowadzona do jamy brzusznej, napotkała w prawym dole biodrowym jakąś twardą pętlę jelita, a gdy pociągnięto, wydobyto mały odcinek, uległy zgorzeli. 8 cali wycięto. Chory zmarł tego samego dnia wieczorem. Badanie pośmiertne znalazło: kątnica niego rozdęta, 2 stopy najniszego odcinka jelita biodrowego skurczone, dalej rozdęte; między obu temi częściami linia szwu.

Pod zewnętrzną częścią dolnego końca kiszki ślepej znajdował się worek o średnicy jednego cala i na cal głęboki; kikut wyrostka leżał ku wewnątrz i poniżej rzeczonego worka.

Przepuklina biodrowo-podpowięziowa.

1) Łucya S. lat 70, zapisała się do szpitala św. Trójcy w Piotrkowie w d. 22 kwietnia 1903 r.; zachorowała przed tygodniem, bezpośrednio po świętach W. N.

Początkowo dolegał jej ból w brzuchu, który wystąpił nagle; w dniu następnym do bólu dołączyła się czkawka, wzdęcie brzucha, zatrzymanie

wiatrów i stolca, wymioty, które w dniu 4-ym choroby przybrały charakter kałowych lecz po upływie 2½ dni całkiem ustąpiły. Ostatnie 2 doby tylko czkawka, gorzki smak w ustach i brak łaknienia.

Kobieta wzrostu dużego, budowy krzepkiej, odżywiona umiarkowanie; twarz zmęczona, wargi sine, tętno 96, słabe i nierówne, z przerwami; w płucach rozedma i nieżyt przewlekly.

Brzuch bardzo wzdęty z wypuklającym się zarysem pętlic kiszkowych. Wzdęcie największe w podbrzuszu, mniejsze w nadbrzuszu, a cokolwiek powyżej pępka widać brózdę poprzecznie leżącą. Język wilgotny. W prostnicy kał gliniasty w małej ilości. Wlano do odbytnicy kilka litrów wody, lecz kału odeszło mało; kanki miękkiej nie udało się wprowadzić wysoko, palec zaś dochodzi do bańki odbytnicy, którą znajduje rozszerzoną. Popołudniu wymioty kałowe w małej ilości.

23/IV. Ani stolców, ani wiatrów nie oddala, natomiast powtórzyły się wymioty kałowe. Tętno słabe, stan ogólny ciężki.

O wykonaniu zabiegu doszczętnego wobec stanu płuc i serca nie mogło być mowy, lecz zdecydowałem się na wytworzenie przetoki kałowej, do czego chora dała się namówić.

Operacya dokonaną była w uśpieniu eterowem, gdyż po kilku kroplach chloroformu chora stała się zupełnie fioletową. Po przecięciu skóry i powięzi zewnętrznej w prawej okolicy biodrowej rozsunięto włókna mięśni na tępo, przecinając znowu powięź poprzeczną i otrzewną. Rozdętą pętlę jelita cienkiego obszyto w 2 piętra, nacięto, wprowadzono gruby sączek gumowy, na którym umocowano brzegi rany w ścianie jelita przy pomocy szwu kapciuchowego. Przez rurę sączkową odeszło doraźnie około 2 litrów płynnego kału.

Wieczorem ciepłota 36.3⁰ C.

24/IV. Tętno 84, ciepłota 36 1⁰ — 37 2⁰ C. Spała dobrze, wymiotów nie było, zjawia się nawet łaknienie. Przez rurę sączkową odpływa kał, dziś nawet sformowany, pływający w zielonawej cieczy.

25/IV. Tętno 82, słabsze niż wczoraj. Ciepłota 36.4⁰ — 36.5⁰. Język wilgotny. Wlewanie do odbytnicy kału nie wymywa. Palec, wprowadzony do wewnątrz, wyczuwa nad bańką odbytnicy ciało sprężyste. Opatrunek zmieniono; obok sączka przesączają się do rany tylko ślady kału.

26/IV. Tętno 86. Ciepłota 35.8⁰ — 36.4⁰. Przytomność nieco zamroczona. Przez sączek wypływa kał żółty i zielonawy.

27/IV. Tętno znacznie słabsze, ciepłota 35.6⁰—36.7⁰ C Sinica. Przez sączek i obok odchodzi kał, który zawiera niestrawione mięso, całe wycinki pomarańcz i ich pestki.

Digitalis, Coffeina.
Liq. ammon. anis.
Podskórnie kamfora.

28/IV. Ciepłota 36.1⁰ - 36.8⁰ St. idem.

29/IV. Tętno 84, słabe. Ciepłota 35.9⁰—35.9⁰. Sinica ustąpiła. W odbytnicy mała ilość twardego kału, który wydalono z pomocą wlewania.

Kamfora podskórnie.

30/IV. Tętno lepsze. Ciepłota 35.9° — 36° C. Zdjęto opatrunek, przemokły kałem. Przez odbyt przeszło nieco kału płynnego.

1/V. Tętno 88, ciepłota 35.8° — 36°. Opatrunek zmieniono.

2/V. Tętno zaledwie wyczuwalne, ciepłota ciała nie daje się zmierzyć termometrem klinicznym. Przetoka wciąż wydziela masy kału. Na krzyżu odleżyna.

3/V. Sinica, tętno jeszcze słabsze, wypróżnienie krwawe. Zmarła o 9½ wieczorem.

Oględziny pośmiertne wykrywają zgorzel małej pętlicy w dolnym odcinku jelita krętego z przedziurawieniem, na tylnej ścianie brzucha ropę, która wypełnia też małą kieszonkę, leżącą w dole biodrowym lewym, między kręgosłupem i krezką esicy, bliżej tej ostatniej, tak, że mogła być przez esicę przykrytą. Kieszonka ta była wysłana zgrubiałą znacznie otrzewną, otwarta była ku górze i mogła zmieścić 3 palce do wysokości połowy drugiego członeczka palca środkowego; z kształtu i wielkości podobną była do małej kieszonki od kamizelki. Badania pośmiertnego dokonano pośpiesznie bardzo, gdyż wbrew życzeniu rodziny i dlatego dane badania pod względem dokładności wiele pozostawiają do życzenia.

2) Mejer S. lat 52, przybył do szpitala Żydowskiego w Piotrkowie w dniu 13 marca 1908 r., skierowany przez kol. Lubodzieckięgo z Żarnowa (w gub. Radomskiej).

Przed 4 tygodniami napad bólu brzucha, trwający 2 dni i połączony z nudnościami, zaparciem i wymiotami.

Przed 3 tygodniami taki sam napad, również krótkotrwały. Obecnie jest chory od sześciu dni. Ból brzucha wystąpił znowu nagle w czasie prawidłowego oddawania stolców; umiejscowić tego bólu chory nie umie, zdaje się, że ból był w całym brzuchu. Zaparcie stolca, zatrzymanie wiatrów, wymioty—wymiociny ciemne i cuchnące kałem. Brzuch cały wzdęty wyraźnie, kształtu kulistego, bez napięcia i bolesnych punktów. Kanały pachwinowe rozszerzone, lecz puste; badanie kanałów zasłonowych nic nieprawidłowego nie wykrywa. Tętno słabe, przyśpieszone, język wilgotny. W podbrzuszu prawem opór bez wyraźnych granic, niebolesny, robiący wrażenie przepełnionych jelit; badanie cokolwiek trudne z racyi obfitej podściółki tłuszczowej. Gorączki nie ma. Oznajmia, że od wczoraj ma się lepiej, nie wymiotuje, nie ma boleści, a czkawkę rzadko. Zabiegu nie chce

Po lawatywach odchodzi woda, zabarwiona kałem i kawałki kału twardego.

13/III. Tętno 108, silniejsze, samopoczucie lepsze. W ciągu doby ostatniej zwymiotował raz jeden cokolwiek cieczy, cuchnącej kałem. Brzuch wzdęty nie więcej niż wczoraj, ruchu jelit nie widać. Nie gorączkuje. Po lawatywach, stosowanych systematycznie, odchodzi stale nieco kału. Gazy, jakoby, przechodzą, lecz rzadko. Język wilgotny. Lekki opór w okolicy kątnicy, lecz niebolesny i znacznie mniejszy, niż wczoraj, robi wrażenie przepełnionej pętli.

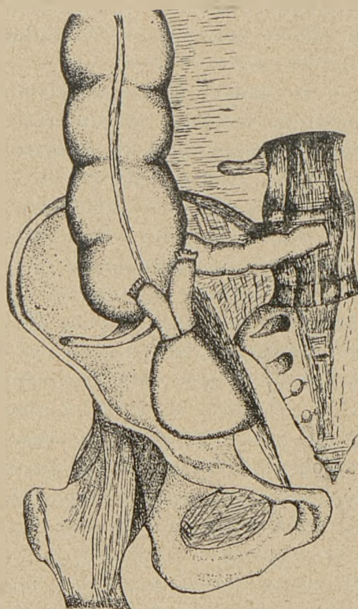
14/III. Tętno 120, drobne, słabe. Spał źle, bo miał boleści i częstą, męczącą czkawkę. W prawem podbrzuszu, między pępkiem, spojeniem łonowem i górnym przednim kolcem k. biodrowej twardy i bolesny guz, który ledwie można pokryć dłonią, przylegający do powłok zewnętrznych, nieruchomy. Nie gorączkuje, nie wymiotuje; język tylko podsycha cokolwiek. Boleści w brzuchu coraz silniejsze, chory głośno żali się i jeczy; guz powiększa się wyraźnie i przysuwa ku linii środkowej; przyłącza się niemożność oddawia moczu bez pomocy cennika.

Chory dopiero popołudniu decyduje się na operacyę, którą rozpoczynamy o 6-ej; do uśpienia stanął kol. Szancer, do pomocy w zabiegu kol. Weinzieher; uśpienie chloroformowe.

Cięcie skóry w linii środkowej, od pępka ku dołowi, potem otwierające pochewki mięśnia prostego prawego w połowie dośrodkowej. Dostęp do brzucha, z powodu bardzo grubej warstwy tłuszczowej, okazuje się niedostatecznym, przeto rozszerzono cięcie ponad pępek, przechodząc w smugę. Ręka, wprowadzona do jamy brzusznej w kierunku wyczuwalnego przez powłoki guza stwierdza, że jest on zupełnie nieruchomy, twardy i leży na kości biodrowej, z którą wydaje się zrośniętym. Po odsunięciu rozdętych jelit cienkich ku stronie lewej okazuje się, że na wierzchołku tego guza, cokolwiek zwężonym, znajduje się jakaś twarda obrączka, w której tkwi jelito; sam guz ma postać jajowato-kulistą, u dołu jest nieco szerszy, a przy ścianie dośrodkowej guza leży gruby fałd tłuszczowy, kierujący się ku przodowi i wewnątrz. Gdy naciśnięto na jelito w bliskości obrączki, wydobył się z worka, czyli guza, gaz cuchnący z głośnym syczącym szmerem. Zabezpieczono guz jaknajdokładniej przy pomocy płatów suchej gazy, obrączkę zaciskającą nacięto, ujęto kilkorgiem kleszczyków dla łatwiejszego rozwarcia, a jelito szybko wydobyto na zewnątrz, gdzie przykryto je serwetkami i zajęto się wyczerpaniem krwawej i cuchnącej cieczy, która z worka wypływała. Po oczyszczeniu do sucha, worek wypchano suchą gazą; głębokość jego wynost około 10 cm.; otwór wejściowy, skierowany ku górze, leży bardzo blisko dna kątnicy i wpuszcza trzy palce; od wewnątrz i od zewnątrz ściany worka pokryte są przez otrzewną. Fałd tłuszczowy, wspomniany już wyżej, idzie od krawędzi dośrodkowej kątnicy ku dołowi, przodowi i wewnątrz, jest pełny tłuszczu bardzo delikatnego, powłokę jego zewnętrzną stanowi otrzewna; dolny koniec fałdu kończył się między pęcherzem moczowym i kością łonową. Był to więc fałd Broesike'go (plica infra-angularis), rozwinięty w tej posiaci, której Treitz nadaje miano Pl. genitoenterica. Dno kątnicy przylegało do jamki biodrowej bardzo ściśle i nie miało pod spodem żadnego zagłębienia; zanim uwolniono zaciśnięte jelito, kątnica wraz z wyrostkiem była przykryta przez do—i odprowadzające jego odcinki całkowicie. Wyrostek robaczkowy był około 10 cm. długi, jego krezeczka bardzo obfitująca w tłuszcz i bardzo szeroka; gdy ją rozprostowano, przykrywała górną część worka wraz z otworem wejściowym. Jelito uwięzione bardzo ciemne, cuchnące, w miejscach kilku pozbawione otrzewnej; wycięto około 20 centymetrów, łącząc końce zaraz szwem dwupiętrowym. Krezka jelita była długa i gruba niezwykle od nawarstwienia tłuszczu; otrzewna wogóle gruba i bardzo w tłuszcz obfitują-

ca *). Linia szwu na jelicie wypadła mniej więcej o 40 cmt. od klapy Bauhin'a. Wprowadzono jelito do jamy otrzewnej, odosobniono worek od reszty jamy brzusznej świeżymi płatami gazy, zmieniono jeszcze raz gazę napchaną do worka, końce gazy wyprowadzono na zewnątrz, resztę rany zaszyto w trzy piętra.

Ponieważ tętno było słabe i drobne, wstrzyknięto pod skórę 10,0 Ol. Camphorati, poczem nastąpiło polepszenie własności tętna.



Ryc. VI.

15/II. Tętno 120, słabe, język suchy. Czkawki i boleści niema, brzuch miękki. Chory blady i zimny. Do prostnicy wlano wodę ciepłą ze solą, pod skórę wstrzyknięto 5,0 olejku kamforowego; wstrzykiwania powtarzano przez cały dzień, lecz chory zapadał coraz więcej i zmarł wieczorem.

Na załączonym szkicu starałem się przedstawić plan sytuacyjny szczegółów anatomicznych, spotkanych w danym przypadku, a chociaż, jako wykonany ręką niewprawną, nie jest całkiem dokładny, ani wolny od błędów technicznych, sądzę, że celowi swemu odpowie.

Przepuklina jamy krętniczo-okrężniczej.

Secord operował mężczyznę 44-o letniego, który zasłabł raptownie.

*) Ten sam charakter ma wyżej opisany worek.

Pierwszego dnia bóle brzucha powtarzające się i nasilające, o charakterze kurczowym. Brał olej rącznikowy, lecz bez skutku; po lawatywie odeszło nieco twardego kału, ale bez wiatrów i podmiotowego polepszenia. Dnia następnego zwymiotował raz jeden. Brzuch wzdęty, zwłaszcza po stronie prawej; w dolnym prawym kwadrancie wrażliwość, opór. Gdy chwyta go ból, powstaje w połowie prawej i poniżej pępka guz, wielkości pomarańczy, kulisty, wymacalny, ciastowaty, czuły, o wypuku bębenkowym; guz nieruszał się z miejsca; na wysokości skurczu słyszało się zazwyczaj bulkotanie.

Zabieg wykrył kątnicę i część okrężnicy, wyraźnie przekrwione, lecz pokryte błoną dodatkową, bardzo cieniutką i przezroczystą, przesuwalną ponad częściami, które pokrywa; dna kątnicy i wyrostka znaleźć nie można.

Dalej ku wewnątrz leży pasmo otrzewnowe, biegnące skośnie ku dołowi i zewnątrz, od trzonu krezki ku kolcowi biodrowemu przedniemu górnemu. Wyzierająca z pod tego pasma część kiszki grubej nie jest już pokryta przez błonkę wzmiankowaną, a gdy zlekka pociągnięto za nią, wypadła z pod pasma otrzewnego, a za nią kątnica z wyrostkiem i końcowe 4 cale jelita biodrowego. Wszystkie te części były rozdęte i przekrwione, ściana kątnicy zewnętrzna w stanie zgorzeli na małej przestrzeni, a wogóle pełna wybroczyn; wraz z uwolnieniem uwięzłej części dała się uczuć woń kałowa.

Worek, w którym tkwiły kiszki, przypomina kapciuch gumowy do tytoniu, ma otwór wejściowy 1½ cala szeroki, skierowany ku dołowi i wewnątrz.

Otwór zaszyto, część kątnicy, uległą zgorzeli, obszyto i umocowano w przedniej ścianie brzucha, potem rozcięto. Początkowo przetoka wydzielała dużo kału, potem skurczyła się znacznie, lecz dla ostatecznego wygojenia musiano przedsięwziąć powtórną operacyę i wtedy zaszyto przetokę. Chory wyzdrowiał.

Z przyczyn, wywołujących powstawanie przepuklin przykątniczych, miejsce pierwsze zajmuje tłocznia brzuszna.

W przytoczonych powyżej historyach chorób spotykamy przykłady, dosadnie na to wskazujące: w dwóch przypadkach (Nasse, Riese) pierwsze objawy zawięźnięcia wystąpiły po

dźwiganiu, w trzecim (mój przypadek drugi) — w czasie oddawania stolców.

Również podnoszą autorowie, że jama krętniczo-wyrostkowa rozszerza się od napełnienia odcinka krętniczo-kątniczego przewodu pokarmowego, a ponieważ w jamie otrzewnej wolnej panuje próżnia, zachyłek przyssać może pętlicę obok leżącą, która pod wpływem ciśnienia atmosferycznego wtłaczać się weń musi. Tym sposobem może powstać przepuklina w zachyłku omawianym nawet bez współdziałania tłoczni brzusznej, a tem łacniej z jej dodatkowym udziałem.

Co do przepuklin pozakątniczych podnosi Broesike, że sprzyjają ich powstaniu te momenty, które powodują odchylanie się ślepego worka kątnicy ku górze i przodowi, co sprawiać może, że najbliższa pętlica ustawia się między dnem kątnicy i tylną ścianą brzucha.

Natomiast uważa ten autor za trudne do pojęcia, jaka siła wtłacza pętlę w przestrzeń pozakątniczą, gdyż tłocznia brzuszna jakoby przyciskać tylko miała jelita wraz z samą kątnicą do tylnej ściany brzucha.

Nie sądzę, by przedstawienie powyższe było trafnem; jelita, wypełnione płynem i gazem nierównomiernie, nie będą pod wpływem ciśnienia z zewnątrz przyparte do tylnej ściany brzucha, gdyż pełna zawartości pętlica musi przyjąc żywą siłę tłoczni brusznej i pod jej wpływem nie tylko rozszerzać się może we wszystkich trzech wymiarach, lecz nawet zmieniać postać i przesuwać się w kierunku najmniejszego oporu.

W ten sposób w odpowiedniem ustawieniu może być przepchnięta poza kątnicę i tu przyssać się siłą ciśnienia atmosferycznego, ponieważ w rozwierającej się jamce pozakątniczej powstaje próżnia. Że i działanie pierścienia sprężystego nie jest tak koniecznem, jak tego chce Broesike, dowodzi spostrzeżenie Aschoff'a, tu bowiem po 3 tygodniowem trwaniu objawów niedrożności znaleziono jelito zdrowe, tkwiące w zachyłku pozakątniczym; gdyby pierścień wejściowy i stosunek jego pojemności do zawartości grał rolę wybitniejszą, jelito uwięzione uległoby zgorzeli. Brózda uciskowa na odcinku doprowadzającym zależna tu była jedynie od silnego rozdęcia jelit, powyżej przeszkody leżących.

Co do przepuklin w zachyłku Biesiadeckiego, to przyjąć

trzeba, że powstają one tem łatwiej, im luźniejsze będzie umocowanie otrzewnej i górnej połowy powięzi biodrowej; wtedy bowiem przylegająca do jamki biodrowej pętlica łatwiej wygniata sobie kotlinkię, jak sądzę, również przy współudziale ciśnienia powietrznego. Nawarstwieniu tłuszczu w tkance podotrzewnej przyznać należy własność ustalania i uwydatniania wszelkich normalnych i przypadkowych fałdów otrzewnej, co znowu ułatwiać może tworzenie się kieszonek.

Objawy uwięzionych przepuklin przykątniczych nie mają żadnych cech właściwych, odróżniających je od ostrych niedrożności innego pochodzenia. Rozpoznanie prawidłowe widzieliśmy w jednym tylko przypadku (Riese), w którym udało się wypełnić wodą całą okrężnicę i wykazać, że przylegający do kątnicy guz jest wypełniony gazem.

Gdyby przewód pokarmowy pacyenta był bardziej rozdęty, podściółka tłuszczowa obfita lub mięśnie ściany brzusznej bardziej napięte, prawdopobnie autorowi nie udałoby się otrzymać tak szczegółowych wyników badania.

Odpowiedzieć na pytanie, czy bywają wolne przepukliny przykątnicze, na podstawie posiadanego dotąd materyału klinicznego nie jesteśmy w możności. Tylko w kilku przypadkach przepuklin pozakątniczych mamy w wywiadach wyraźne wzmianki o powtarzających się, występujących nagle i powikłanych wymiotami napadach kolki, co dowodzi, że dany osobnik może przeżyć kilka uwięźnień, lecz sprawy przepuklin wolnych nie rozstrzyga.

Co się tyczy przepuklin w podpowięziowym zachyłku Biesiadeckiego, to, ponieważ zachyłek ten jest zjawiskiem wtórnem i powstaje wskutek naporu pętlicy kiszkowej, przeto zdaje się nie ulegać wątpliwości, że wrazach, gdy zachyłek dosięga większych rozmiarów, był on przez czas pewien siedliskiem wolnej przepukliny.

Operując musimy starać się o postępowanie doszczętne, skierowane ku zabezpieczeniu chorego przed nawrotami.

Zaszywanie zachyłka krętniczo-wyrostkowego (Recess. ileo-appendicularis), praktykowane przez poszczególnych chirurgów, spotkało już krytykę ze strony Rese'go.

Moynihan radzi wycinać wyrostek, co istotnie może być celowe wtedy, gdy brzeg dolny fałdu krętniczo-wyrostkowego

zrasta się z podstawą, lecz gdy przyczep rzeczonego fałdu leży na tylnej ścianie brzucha zewnątrz wyrostka (Broesike), wycięcie tegoż do celu prowadzić nie może.

Sądzę, że wycięcie tego fałdu, który jest bardzo mało unaczyniony (Treves wszak nazywał go „bloodless“ — czyli bezkrwawym), nie może przedstawiać żadnej trudności, ani wymagać wiele czasu, i da się wykonać nawet w tych razach, kiedy wskazanym jest pośpiech.

W przypadkach przepuklin pozakątniczych mamy tylko jeden sposób, który polega na przyszyciu dna kątnicy do jamki biodrowej; prawdopodobnie byłoby tu wskazane zastosowanie takiego podrażnienia otrzewnej — choćby przez energiczne natarcie ścian worka, które wywołałoby sklejenie się przeciwległych ścian zachyłka i tym sposobem zabezpieczyło chorego przed powstaniem torbieli, możliwej w tem miejscu równie dobrze, jak w zachyłku krętniczo-wyrostkowym.

W moim przypadku przepukliny biodrowo-podpowięziowej chciałem przez wypełnianie zachyłka gazą wywołać powolne zarośnięcie, ponieważ o zaszyciu w warunkach, jakie napotkałem, nie mogło być mowy; równocześnie, odosobniając jamkę biodrową od kiszek, miałem na myśli nietylko zabezpieczenie od zakażenia, lecz i wywołanie oklein między przyległemi pętlicami, przez co zmniejszyłaby się ich przesuwalność..

W przypadkach, operowanych przed wystąpieniem zgorzeli, uważałbym za najpewniejsze wycięcie przedniej ściany worka i przyszycie brzegów powstałego braku do mięśnia podlędźwiowego. Mięsień byłby wtedy przykryty w granicach braku przez tylną ścianę worka, w skład której wchodzi górna połowa powięzi biodrowej.

PIŚMIENNICTWO.

1. Broesike. Ueber retroperitoneale Hernien und Bauchfelltaschen. 1891
2. Moynihan. Retroperitoneal Hernia. 1906.
3. Kelly. The vermiform appendix and its diseases. 1905.
4. Mc. Ewan. Britt. M. J. 1904. I. p. 1309.
5. Nasse. Arch. f. klin. Chir. vol. LI p. 919.

6. Riese. Arch. f. klin. Chir. vol. LX p. 92.
7. Atherton. Annals of Surg. 1903. vol. XXXVII p. 883.
8. Neumann. Zeitschr. f. Chir. vol. LXIII p 257.
9. Funkenstein. Ibid. vol. LXIV p. 495.
10. Aschoff. Berlin. kl. W. 1896. № 35.
11. Moullin. Lancet 1899. p. 881 (April 1).
12. Wilms. Der Ileus. 1906.
13. Secord. Annals of. Surgery. vol. XLIV p. 683.

W sprawie torbieli trzustki.

napisali

Antoni Leśniowski i Izydor Maliniak.

SPOSTRZEŻENIE I.

(Dokończenie).

Najwięcej wartości dla rozpoznania torbieli trzustkowej urazowej posiada wykrycie w zawartości tejże zaczynów trzustkowych. Wykrycie wszystkich trzech zaczynów przemawia bezwzględnie na korzyść torbieli trzustki. Wykrycie tylko trypsyny lub zaczynu zmydlającego tłuszcze również przemawia na kyrzyść tej sprawy chorobowej. Natomiast wykrycie tylko diastazy niczego nie dowodzi, gdyż i inne płyny, napotykane w ustroju człowieka, posiadają ten zaczyn. Jaksch znajdował diastazę w płynie puchlinowym i w torbielach brzusznych rozmaitego pochodzenia. Powiada on: „należy przynajmniej dowieść, że płyn po dodaniu krochmalu nie tylko posiada własności redukujące, lecz że dochodzi tu do wytworzenia się maltozy, gdyż zaczyny diastatyczne innego pochodzenia wcale nie posiadają zdolności zamieniania krochmalu na maltozę. Breusing wykrył zaczyn redukujący krochmal—w moczu i raz w płynie puchlinowym. Boas twierdzi, że zaczyny redukujący krochmal i zmydlający tłuszcze są nader rozpowszechnione w płynach, napotykanych w jamach. Zdaje się jednak, że w dużym stopniu na korzyść rozpoznania płynu trzustkowego przemawia obecność w nim dużej ilości zaczynu redukującego krochmal, oraz szybkie wystąpienie odczynu, nap. po upływie 15 minut.

Dodać należy, że nieobecność zaczynów trzustkowych w zawartości torbieli bynajmniej nie wyłącza rozpoznania torbieli trzustkowej. Znane są niewątpliwe przypadki torbieli lub przetok trzustkowych, w których badanie zawartości wzgl. wydzieliny nie wykryło w nich żadnego z odpowiednich zaczynów. Zależy to od tego, że już to sok trzustkowy, zatrzyma-

ny dłuższy czas w torbieli, ulega zmianom po zetknięciu się z zawartością torbieli, już to trzustka, w następstwie odbywających się w niej spraw zapalnych, wydziela sok o własnościach zmienionych.

Oczywiście, do badania zawartości torbieli na obecność w niej zaczynów uciekamy się dziś dopiero w przebiegu operacyi lub w okresie pooperacyjnym, gdyż, jak to zobaczymy niebawem, nakłócie próbne torbieli przed operacyą przez większość autorów jest uważane na zabieg niebezpieczny. W większości przypadków płyn, otrzymany z torbieli podczas operacyi, zaczynów nie zawiera. Dopiero po upływie pewnego czasu po zabiegu własności cieczy, wypływającej z przetoki, ulegają zmianie, i wtedy udaje się odpowiednio poprowadzonemi badaniami wykryć zaczyny trzustkowe. W wielu zatem przypadkach ostateczne rozpoznanie daje się zrobić dopiero w okresie pooperacyjnym.

Na następującą okoliczność należy zwrócić uwagę. Sądząc, że badanie płynu torbielowego może dać wartościowe wskazówki rozpoznawcze, chętnie uciekano się dawniejszymi czasy do próbnego nakłucia torbieli. Tymczasem doświadczenie dowiodło, że nakłucie takie z jednej strony może nie dać wcale żadnych wskazówek, z drugiej strony może mieścić w sobie bardzo poważne niebezpieczeństwo. Dotychczas zanotowano: uszkodzenie w czasie nakłucia organów, sąsiadujących z torbielą, a zatem — żołądka, kiszki, nerki, dużych naczyń krwionośnych, wylanie się płynu torbielowego do otrzewnej. Pozatem może powstać po nakłuciu bardzo poważne krwawienie do jamy torbieli, gdyż ściany tejże są niekiedy bardzo unaczynione.

Wobec powyższych uwag, oraz mając na względzie, że nakłucie próbne bynajmniej nie zmienia wskazań leczniczych, należy zaniechać nakłucia torbieli, robionego w celach rozpoznawczych.

Przechodzimy do *leczenia* urazowych torbieli trzustki. Samoistne wyleczenie się torbieli trzustkowych pochodzenia urazowego było dotychczas spostrzegane niezmiernie rzadko. Z drugiej strony, obecność owych torbieli, jak to widać z powyższego, naraża pacyenta na liczne i poważne niebezpieczeństwa. Wobec tego widzimy, że staje się niezbędnem możliwie niezwłoczne leczenie operacyjne torbieli trzustkowych urazowych. Dziś

już tylko historyczną wartość posiada leczenie tychże z pomocą nakłucia torbieli lub przeżarcia ściany torbieli z pomocą substancyi żrących.

Mogło by się zdawać, że jaknajbardziej należy dążyć do wycięcia ścian torbieli. Doświadczenie atoli wykazało, że postępowanie takie jest połączone z dużemi niebezpieczeństwy. Bardzo często torbiele, jako wrzekome, właściwie wcale nie posiadają samoistnej ściany, jak to spostrzegaliśmy i w naszym przypadku. Pozatem, tam gdzie doszło do wytworzenia się ściany właściwej, jest ona bardzo unaczyniona, rozrywa się nadzwyczajnie łatwo, jest ściśle pozrastała z organami sąsiadującymi, z dużymi pniami naczyniowymi. Wyosobnianie ściany z mocnych, tęgich zrostów, w dużej głębi, tuż przy kręgosłupie, nawet bardzo ostrożnie prowadzone, może dać zranienie już to organów, już to dużych naczyń krwionośnych. Wszystko to sprawia, że wyłuszczanie ściany torbieli bywa przedsiębrane nader rzadko, lub też tylko częściowe.

Jako zabieg, stosowany obecnie powszechnie, należy wymienić otwarcie torbieli i wszycie jej w ranę ściany brzucha. Zabieg ten, jak wiadomo, pierwszy w r. 1882 wykonał z pomyślnym dla pacyenta wynikiem Gussenbauer.

Co do cięcia, to stosowano już to przednie: podłużne w linii pośrodkowej brzucha, na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego brzucha, skośne, płatowe, już to tylne, w okolicy lędźwiowej. Niektórzy autorowie bardzo zalecają to ostatnie cięcie. Nastręcza ono atoli liczne niebezpieczeństwa: możność uszkodzenia grubych naczyń, nerki, moczowodu. Każdy poszczególny przypadek, ze względu na swe właściwości, sam rozstrzyga, jakie cięcie jest dlań najodpowiedniejsze. Obawa następczej przepukliny jest wspólna dla cięcia i przedniego i tylnego. Oryginalnie radził sobie w pewnym przypadku. Kellock. Torbiel szła daleko w lewe podżebrze. Poprowadził on cięcie na 9 lewem żebrze w linii pachowej, wyciął 1,5 cala żebra, przeciął mocno przyciśniętą przeponę i otworzył torbiel. Wypłynęło z niej 3270 c. s. cieczy, zawierającej zaczyny diastatyczny i trawiący białko. Po upływie 2 miesięcy zupełne zagojenie.

W okresie pooperacyjnym bywa bardzo uciążliwe, jak to było i w naszym przypadku, obżeranie przez wydzielinę rany

skóry w pobliżu tejże. Chorych trapi nieraz uczucie nadzwyczaj dokuczliwego palącego bólu w brzegach rany, powodowane działaniem trawiącym płynu torbielowego na obnażone tkanki. Starano się zapobiedz takiemu działaniu wydzieliny torbielowej z pomocą rozmaitych przyrządów. W przypadku Burmeistera uległa strawieniu przez wydzielinę torbielową nie tylko skóra w okolicy otworu w ścianie brzucha, lecz i głębsze warstwy ściany brzucha, a nawet ściana torbieli, wszyta w otwór w ścianie brzucha. Ostatecznie powstał otwór, przez który wypuklały się nazewnątrz pętle kiszek. Życiu pacyentki zaczęło zagrażać jaknajwiększe niebezpieczeństwo. Na nic nie przydało się kilka razy na dobę wykonywane zmienianie opatrunku. Wobec nadzwyczaj energicznych własności soku trzustkowego zachodziła potrzeba doszczętnego usuwania wydzieliny z rany. W tym celu Burmeister zbudował przyrząd, który za pośrednictwem pompy powietrznej stale, w sposób delikatny wyciągał zawartość jamy nazewnatrz. Wynik tego postępowania ujawnił się w sposób, pomyślny dla pacyentki, w bardzo prędkim czasie.

Po zabiegu zazwyczaj znikają prawie zupełnie przypadłości, zależne od ucisku, wywieranego przez torbiel na organy z nią sąsiadujące. Stan ogólny, tak dalece przedtem upośledzony, wykazuje szybko poprawę, pomimo nader obfity nieraz wypływ soku trzustkowego z przetoki. Tego ostatniego wypływa 100 — 200, a nawet do 1000 c. s. na dobę. Prócz soku wydzielają się czasem mniejsze lub większe kawałki tkanki trzustkowej, rozmaicie zmienionej. Ściany torbieli kurczą się bardzo szybko, tak iż po upływie 4 — 6 tygodni pozostaje zazwyczaj cienka przetoka, wydzielająca sok trzustkowy.

Ostateczne zagojenie się przetoki następuje rozmaicie prędko. Najprędsze zagojenie się widziano po upływie 23 dni po zabiegu, zazwyczaj zjawia się ono po upływie miesięcy, a nawet lat. W przypadkach bardzo długiego trwania przetoki, dla chorych uciążliwej, a niekiedy i niebezpiecznej, uciekano się do rozmaitych zabiegów. Do stosowanych niegdyś szeroko, dziś— bardziej oględnie, należy wstrzykiwanie do przetoki roztworu lapisu, chlorku cynku, jodyny, wyskrobywanie przetoki ostrą łyżką, przyżeganie żegadłem.

Ponieważ główną przeszkodę do zagojenia się przetoki

jest bezustanne wydzielanie się soku trzustkowego, więc oczywiście pierwszym krokiem, zbliżającym chorego do szybszego zagojenia, jest zmniejszenie ilości wydzieliny. Opierając się na swoich wyżej podanych spostrzeżeniach odnośnie wpływu pokarmów na czynność wydzielniczą trzustki, zaproponował Wohlgemuth podawanie tego rodzaju chorym pożywienia wyłącznie przeciwcukrzycowego, t. z. z zupełnem wyłączeniem węglowodanów i z dodatkiem dużych ilości—6 łyżeczek dziennie—węglanu sodu. Zaznacza on jednak, że w przypadkach, w których 6-tygodniowe stosowanie tego pożywienia nie daje pożądanego skutku, dłuższe próby są bezcelowe, i należy dążyć do celu innemi drogami.

Propozycyę Wohlgemuth'a zastosowało już wielu autorów Niektórzy z nich oceniają ją bardzo pochlebnie (Heinecke, Hohmeier, Schmidt). Najbardziej uderzający jest przypadek, ogłoszony przez Schmidt'a: po operacyi krwotocznego zapalenia trzustki powstała przetoka, która trwała 1½ roku. Ilość wydzieliny była już nieznaczna. Po zastosowaniu pożywienia przetoka zamknęła się zupełnie w przeciągu 2 tygodni.

Nie we wszystkich jednak przypadkach wynik był dodatni; Kempf nie spostrzegał dodatniego wpływu pożywienia przeciwcukrzycowego na zamknięcie się przetoki. Wypowiada on przypuszczenie, że przetoki po torbielach urazowych, a z taką właśnie torbielą miał do czynienia Wohlgemuth, reagują pomyślnie na wzmiankowane pożywienie, gdy tymczasem na przetoki po torbielach, będących następstwem poważnych zmian chorobowych samej trzustki, pozostaje ona bez wpływu.

Brekel zaznacza również, że w przypadku przetoki trzustka rozmaicie odpowiada na wpływ pożywienia. W spostrzeganym przez niego przypadku zarówno stosowne pożywienie, jak i makowiec, który, jak wiadomo, wywiera zazwyczaj wybitny wpływ hamujący na wydzielanie trzustki, pozostały bez najmniejszego wpływu. Przetoka zamknęła się po upływie kilku miesięcy samoistnie, bez pomocy jakiegokolwiek zabiegu. Glässner i Popper dawali po 20 grm. dwuwęglanu sodu oraz po 3 pigułki atropiny po 0,0003 dziennie swojej chorej, u której węglowodany powodowały mniejsze wydzielanie soku, niż białko i tłuszcze. Stosując takie postępowanie oraz lecząc przetokę miej-

scowo, widzieli, że wydzielina z przetoki zmniejszała się stopniowo.

Co się tyczy naszego przypadku, to chory stosował ścisłe pożywienie przeciwcukrzycowe z dodaniem 6 łyżeczek dwuwęglanu sodu na dobę 31 dni, poczynając od 55-go dnia po zabiegu, z początku w szpitalu, następnie w domu. W okresie, poprzedzającym okres pożywienia ścisłego, ograniczyliśmy ilość węglowodanów w pokarmach, lecz nie usunęliśmy ich zupełnie. Dla ścisłości wypada zaznaczyć, że w okresie stosowania pożywienia Wohlgemutha wydzielina z przetoki była znacznie mniej obfita, niż w początku okresu pooperacyjnego, jakkolwiek jeszcze 5-go dnia przed rozpoczęciem stosowania dyety ilość wydzieliny wynosiła 130 ctm. na dobę. Podczas stosowania pożywienia przeciwcukrzycowego ilość wydzieliny wyraźnie zaczęła zmniejszać się znacznie. Po raz pierwszy przetoka pokryła się suchym strupem już 8-go dnia stosowania dyety. Wtedy chory zaczął odczuwać rozpieranie w miejscu byłej rany. Wobec tego zerwał sobie strup. Po tem odrazu wypłynęła nieco znaczniejsza ilość wydzieliny, następnie sączyła się ona potrosze. 13-go dnia stosowania dyety w ciągu 1/2 godziny, w okresie trawienia, ilość jej wynosiła 2 ctm sz. 28-go dnia stosowanie ścisłego leczenia przeciwcukrzycowego, a zatem w niespełna 3 miesiące od chwili operacyi wydzielina znikła zupełnie. Widzieliśmy chorego 6-go dnia po zamknięciu się przetoki. Blizna mocna, ani śladu przetoki.

Trudno tu określić rolę pożywienia przeciwcukrzycowego w sprawie zagojenia się przetoki. Jednak względnie szybkie zagojenie się tejże po zastosowaniu owego pożywienia wskazuje, że bądź co bądź odegrało ono niewątpliwie pewną rolę pomocniczą.

Uogólniając to, co powiedzieliśmy wyżej, możemy proponować w przypadkach zadługo trwających przetok trzustkowych z powodu zaobfitej wydzieliny następujące postępowanie. Najpierw należy ustalić, jak trzustka w danym przypadku zachowuje się pod wpływem rozmaitych bodźców. Następnie należy zalecić choremu pożywienie, uwzględniające te pokarmy, które wywierają najmniej energiczny wpływ na wydzielanie jego trzustki. W pewnym szeregu przypadków będzie najwłaściwszą — dyeta Wohlgemutha. W innych przypadkach, w których nie uda się

wpłynąć na ilość wydzieliny, stosując to lub inne pożywienie, lub też w przypadkach zmienionych warunków wydzielniczych, może zajść potrzeba uwzględnienia pewnych leków, hamujących wydzielanie, jako to: makowca, atropiny, adrenaliny.

Oczywiście, jaknajbardziej należy unikać podawania leków i substancyi sokopędnych, jak naprzykład kwasu solnego.

SPOSTRZEŻENIE II.

Dotyczy ono 36-letniej Z. E., dziewicy, mieszkanki wsi. Przybyła ona do oddziału dnia 9 marca 1909 r. Dowiedzieliśmy się od niej, że przed 2 laty bez jakiegokolwiek powodu, bez urazu brzucha, bez popełnionego błędu w pożywieniu dostała w nocy napadu gwałtownego bólu w dołku. Wkrótce potem zwymiotowała. Wymiociny były jakoby kwaśne, zawierały dobrze zachowany, nie strawiony pokarm. Zażyła wówczas oleju rycinowego, miała kilkakrotne wypróżnienia. Ból trwał kilka godzin, następnie znikł zupełnie. Drugi podobny napadł miała po upływie 2 tygodni.

Po upływie 2 czy 3 miesięcy ból zjawił się nanowo, trwał kilka godzin, wymiociny, jak i poprzednio, składały się z niestrawionego pokarmu.

Następnie napady bólu zaczęły zjawiać się co miesiąc, jakoby w okresie miesiączkowania, trwał coraz dłużej, nieraz do 3 dób, wymiociny bywały zabarwione na zielono.

Chora sama zwraca uwągę, że bóle przeważnie zjawiały się w nocy. Chcąc zapobiedz napadowi bólu, chora wstrzymywala się od spożywania pokarmów w porze wieczornej, nie spostrzegła jednak, by wpłynęło to dodatnio czy to na częstość zjawiania się napadów, czy to na natężenie i trwanie bólu.

Ból bywał zawsze niezmiernie dokuczliwy, zjawiał się najpierw w dołku, wzmagał się następnie coraz bardziej, szerzył się w tył, w klatkę piersiową i — jak to chora pokazuje — wzdłuż kręgosłupa. W kończyny górne ból nie szerzył się.

Z biegiem czasu, przed rokiem, chora spostrzegła w górnej części brzucha, w pobliżu prawego łuku żebrowego, nieduży guz, który już to znikał, już to zjawiał się nanowo. Od jęsieni roku ubiegłego guz już nie znikał, natomiast powiększał się stale. Jednocześnie ze zjawieniem się guza napady bólu jakoby zaczęły stawać się rzadsze.

W początkowym okresie choroby cierpiała na uporczywe zaparcie stolca, tak iż była zmuszona bardzo często uciekać się do leków przeczyszczających. Od pewnego czasu jednak wypróżnia się prawidłowo, codzień

bez pomocy lekarstw lub lawatyw. W przebiegu choroby jakoby znacznie wychudła.

Zazwyczaj cieszyła się dobrem zdrowiem; peryody były i są prawidłowe. Na żółtaczkę nigdy nie chorowała.

Badanie chorej w dniu przybycia do oddziału wykryło, co następuje.

Wzrost wysoki, zbudowana prawidłowo, odżywiona mniej, niż zadawalniająco. Skóra blada, z lekkim odcieniem ziemistym. Tłuszczu podskórnego nie dużo. Obrzęków nie widać, i, jak chora — osoba inteligentna — twierdzi, w przebiegu choroby nie było. Kościec rozwinięty mocno, mięśnie w znacznym zaniku.

Granice tępości serca prawidłowe, tony wyraźnie słyszalne, czyste. Tętno 72 na minutę, miarowe, jednostajne, zadawalniająco wypełnione.

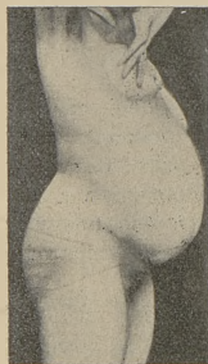
Granice płuc opukowe: na stronie prawej od przodu przy mostku — na 6 żebrze, w linii sutkowej pod 4-em żebrem, w linii pachowej na 7 żebrze, od tyłu na 11-m żebrze; na stronie lewej od przodu w linii sutkowej na 4-em żebrze, w linii pachowej na 6-m, od tyłu na 11 żebrze. Szmer oddechowy wszędzie czysty, pęcherzykowy. Nie kaszle.

Nadbrzusze i śródbrzusze guzowato wypuklone. Powłoki brzucha mocno napięte, skóra rozciągnięta, pozatem niezmieniona. Dolne odcinki klatki piersiowej, mianowicie od przodu, znacznie odchylone na zewnątrz. Obmacując znajdujemy w miejscu wspomnianego wypuklenia się brzucha — guz objętościowy, większy od głowy dojrzałego człowieka, nieprawidłowo kulisty. Leży on niesymetrycznie, bardziej wypełnia lewą połowę nad—i—śródbrzusza, niż prawą, smugę odsuwa nieco na prawo. Guz jest torbielowaty, o bardzo napiętych ścianach. Górny odcinek guza chowa się pod żebrami, ku dołowi opuszcza się guz na 3 palce poprzeczne poniżej pępka. Obmacywanie guza nie bolesne, guz prawie zupełnie pozbawiony ruchomości.

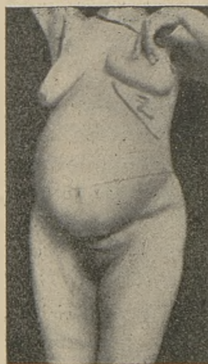
Odległość od wyrostka mieczykowatego od spojenia łonowego 38 cm., od wyrostka mieczykowatego do pępka 25 cm. Opukując znajdujemy, że żołądek leży na górnym odcinku guza w ten sposób, że dolna granica jego zaczyna się przy prawym łuku żebrowym w linii sutkowej, opuszcza się na lewo i krzyżuje linię pośrodkową ciała w odległości 8 cm. od pępka i ponad tymże; stąd linią bardziej pochyloną zdąża ku górze do podżebrza lewego, do linii pachowej. Na dolnym odcinku torbieli wypukuje się górna granica okrężnicy, tak iż zdąża ona równolegle do dolnego brzegu guza, w odległości 1 poprzecznego palca od i powyżej tegoż. Pomiędzy dolną granicą żołądka i górną okrężnicy pozostaje pas odgłosu wypukowego zupełnie tępego. Pas ten w linii pośrodkowej ciała ma 12 cm. szerokości, na prawo rozszerza się, na lewo zaś zwęża się coraz bardziej. Tępość wątroby przechodzi bezpośrednio w tępość guza.

Po rozdęciu żołądka gazem widać, że dolna jego granica nie zmienia swego położenia. Natomiast rozdyma się on balonowato, wyraźnie wypukla się na guzie, odgłos wypukowy żołądka staje się daleko wyraźniejszy. Szybko i energicznie naciskając palcem na rozdęty żołądek wymacuje się poza nim twardą, napiętą ścianę guza.

Rozdymając okrężnicę gazem widzimy, że zarysy jej uwidoczniają się bardzo dokładnie; łatwo wymacuje się ona na guzie. Górna granica okrężnicy rozdętej przesuwa się ku górze w ten sposób, że w linii pośrodkowej ciała wypukuje się ona o 4 cm. wyżej, niż poprzednio, na prawo górna jej granica unosi się jeszcze wyżej, na lewo zaś coraz bardziej zbliża się do zwykłego położenia (patrz ryciny №№ 1 2 3 i 4).



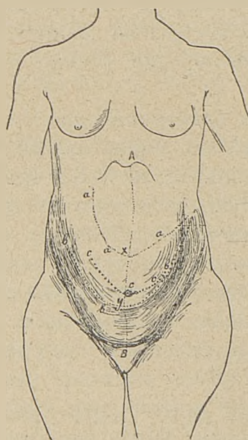
Ryc. 1.
Strona prawa.



Ryc. 2.
Widok od przodu.



Ryc. 3.
Strona lewa.



Ryc. 4.

A B = 38 cm.
A C = 25 cm.
a a a = dolna granica żołądka.
b b b = okrężnica przed rozdymaniem.
c c c = okrężnica po rozdymaniu.

Podczas pobytu chorej w oddziale wykonaliśmy jeszcze następujące badania. Moczu oddawała ona na dobę 800 do 1000 c. s. Odczyn moczu słabo kwaśny, ciężar gatunkowy 1021. Mocz zupełnie klarowny, zawierał drobną ilość białka, cukru nie zawierał wcale. Dnia 11/III wzięliśmy do zbadania na kryształy Cammidge'a mocz ranny, wypuszczony z pomocą cewnika. Badanie to dało wynik ujemny. Dnia 18/III po raz wtóry zbadano mocz na odczyn Cammidge'a. Na ten raz wzięto mocz zebrany z całej doby. Próba A dała rozetki kryształów żółtych, które nie rozpuszczały się w kwasie siarczanym nawet po upływie 10 minut. Próba B dała daleko mniejszą ilość kryształów. Z samą fenilhydraziną kryształów nie otrzymano. W dniu 22/III zbadano raz jeszcze mocz, zebrany z całej doby. Próba A dała osad pulchny, widoczny nieuzbrojonem okiem. Mikroskop wykazał w nim liczne, gwiazdowato ułożone, kryształy, które łatwo rozpuszczały się w kwasie siarczanym. Próba B dała kryształy bardzo nieliczne. W tymże dniu wykonano próbę wywołania cukromoczu pokarmowego. Chora naczczo o godzinie 7 rano wypiła kubek herbaty, w której rozpuszczono 100 gramów glukozy. Chora oddała mocz o godzinie 8, 9 i 10 rano. W zebranych 3 porcyach moczu cukru nie wykryto.

Badanie czynności żołądka wykryło, co następuje. Dnia 11/III naczczo wprowadzono do żołądka zgłębnik, i znaleziono, że żołądek jest pusty. Chora wypiła kubek herbaty bez cukru i zjadła ½ bułki szpitalnej. Po upływie godziny wydobyto z żołądka pół kufla zawartości gęstej, z dużą domieszką śluzu, barwy zielonkawo-żółtej. Zawartość ta jest bezwonna, wolnego kwasu solnego nie zawiera wcale, ogólna kwasota 10. Kwasu mlecznego nie wykryto, peptony wyraźne, krochmalu nie było, erytrodekstryny dużo. Pod mikroskopem — drożdże, nieliczne leukocyty, erytrocytów nie napotkano, obfity rozpad. 26/III wlano chorej naczczo do żołądka z pomocą zgłębnika 200 c. s. oliwy. Po upływie ½ godziny wydobyto z żołądka ¼ kufla zawartości o barwie zielonkawo-żółtej. Odczyn zawartości kwaśny, kwasota ogólna 36, wykrywa się wolny kwas solny. Płyn po zalkalizowaniu nie trawi białka zupełnie.

Chora miewała wypróżnienia codzień. Kał był gęsty, papkowaty, w dużych nie grubych kiełbasowatych kawałkach. Makroskopowo widać w kale duże płaty śluzu, nie widać natomiast resztek pokarmów. Zabarwienie kału zwykłe. Pod mikroskopem — nie znaleziono w kale tłuszczu, natomiast widziano dużą ilość źle strawionych włókien mięsniowych. Próba z surowem mięsem, podanem w woreczku jedwabnym, nie udała się.

Ciepłota ciała wahała się od 36^0 do $37,1^0$.

Dnia 1 kwietnia znaleziono, że objętość guza powiększyła się. Odległość od wyrostka mieczykowatego do spojenia łonowego wynosiła 40,5 cm., od wyrostka m. do pępka 27,5 cm. Od dnia przybycia do oddziału do dnia 5 kwietnia nie miała napadu bólu.

Pozostało na podstawie badania i spostrzegania chorej dojść do rozpoznania sprawy chorobowej.

Mając na względzie: 1) umiejscowienie guza torbielowatego w nad — i — śródbrzuszu; 2) umiejscowienie guza w pierwszym okresie rozwoju tegoż — w podżebrzu prawem; 3) stosunek guza do żołądka i okrężnicy; 4) pa-

rokrotne wykrycie w moczu kryształów Cammidge'a, doszliśmy do przekonania, że mamy do czynienia z torbielą trzustkową, powstałą z głowy trzustki. Wobec braku urazu, poprzedzającego zjawienie się torbieli, natomiast wobec wysoce charakterystycznych napadów bólu w dołku, które długi czas trapiły chorą przed zjawieniem się torbieli, wreszcie — wobec braku danych, wskazujących na przebycie przez chorą cierpienia dróg żółciowych, — należało sądzić, że zjawienie się torbieli było poprzedzone przez jakieś długotrwałe cierpienie trzustki, najprawdopodobniej — przez pierwotne przewlekłe zapalenie śródmiąższowe. Doprowadziło ono do rozrostu w gruczole tkanki łacznej i w następstwie do powstania prawdziwej torbieli trzustkowej zastojowej.

Brak cukru w moczu, niemożność wywołać cukromocz pokarmowy, własności kału wskazywały z drugiej strony, że zmiany w miąższu trzustkowym nie są posunięte nazbyt daleko. Obecność białka w moczu była zależna, prawdopodobnie, od uciśnięcia naczyń krwionośnych nerkowych.

Po dojściu do takiego rozpoznania, zaproponowano chorej operacyę, na którą zgodziła się ona chętnie.

Operacyę wykonano (Leśniowski) w d. 5 kwietnia w uśpieniu chloroformowem. Cięcie w smudze; prawie od wyrostka mieczykowatego sięgało ono na 5 cm. poniżej pępka. Po otworzeniu jamy otrzewnej było widać, że całe nadbrzusze i śródbrzusze jest wypełnione ogromnym guzem kształtu kulistego. Duży jego odcinek górny mieścił się pod żebrami, unosząc przeponę brzuszną ku górze. Guz od góry mocno wypinał ku przodowi wiąz żołądkowo-wątrobowy, w dolnej zaś połowie—wiąz żołądkowo-okrężnicowy. Na górnej połowie guza leżał poprzecznie mocno spłaszczony, w postaci placka, żołądek; był on napięty, zupełnie nieruchomy, nieduży. Do dolnego odcinka torbieli przylegała okrężnica. Żyły w więzie żołądkowo-okrężniczym mocno rozszerzone, grubości pióra gęsiego. Guz umocowany w głębi, od tyłu, wydobyć go nazewnątrz niepodobna. Pomiędzy brzegi ściany brzucha i torbiel jaknajdokładniej powkładano serwety i pasy muślinu wyjałowionego. W linii mniej więcej pośrodkowej, w odległości 3 cm. od dolnego brzegu żołądka, rozszczepiono podłużnie wiąz żołądkowo-okrężniczy i dotarto do ściany torbieli. W miejscu tem nakłuto torbiel grubym trójgrańcem, zaopatrzonym w rurkę gumową. Wypuszczono na razie z torbieli 5.500 c. s. cieczy. Objętość torbieli zmniejszyła się dzięki temu znakomicie. Trójgraniec usunięto, otwór w torbieli zamknięto zaciskadłem. Dało się zauważyć, że jednocześnie żołądek, który był poprzednio nieduży, plackowato spłaszczony, jakby zupełnie pusty, tu odrazu rozdął się balonowato, zrobił się przynajmniej 2-krotnie większy, niż był poprzednio.

Otwór w torbieli, powstały po nakłuciu, zamknięty zaciskadłem, zakryto prócz tego muślinem. Część muślinu i serwet, włożonych pomiędzy ścianę brzucha i guz, usunięto. Opróżnioną torbiel udało się wydobyć częściowo wraz z żołądkiem i okrężnicą nazewnątrz. Poczynając od otworu w więzie żołądkowo - okrężniczym zaczęto oddzielać torbiel od góry od górnej części tego więzu i od żołądka na tępo. Oddzielanie to posuwało się naprzód bardzo opornie. Ściana guza była ściśle zespolona z tylną ścianą żołądka. Tu i owdzie można było widzieć na ścianie torbieli włókna

mięśniowe, pochodzące prawdopodobnie z mięśniówki żołądka. Idąc naprzód powoli, z dużą ostrożnością, już to na tępo, już to za pomocą noża lub nożyczek, oddzielano torbiel od ściany żołądka. Krwawienie było znaczne, przeważnie żylne. W ten sposób udało się oddzielić prawie całą tylną powierzchnię żołądka od guza. Oddzielenie to było o wiele łatwiejsze i dało sią uskutecznić na większej przestrzeni w lewej połowie żołądka, przy dnie tegoż, niż w prawej. W tej ostatniej, szczególniej w części odźwiernikowej oddzielanie było o wiele bardziej mozolne, gdyż tu ściana żołądka i ściana torbieli były zespolone nadzwyczaj ściśle, w tej tedy okolicy całkowite oddzielenie ściany żołądka nie udało się.

Następnie poczęto wyosabniać ścianę torbieli od dołu. Oddzielenie dolnej połowy więzu żołądkowo-okrężniczego, pomimo mocnych zrostów, odbyło się na tępo dość łatwo. Natomiast oddzielanie ściany torbieli od tylnej powierzchni okrężnicy nastręczało niezwyciężone trudności. Zrost był tu nadzwyczaj mocny, tu i owdzie widzieliśmy na torbieli włókna mięśniowe, pochodzące od mięśniówki okrężnicy. Obawiając się podrzeć ścianę tej ostatniej, manipulując w tych samych warstwach, nacięto tu poprzecznie ścianę torbieli głęboko na 1 mm. i zaczęto oddzielać od siebie powierzchowną warstwę torbieli od głębszej. Oddzielanie tych warstw szło o wiele łatwiej, krwawienie było wcale nieznaczne. W ten sposób udało się dość łatwo zupełnie oddzielić od guza okrężnicę wraz z powierzchowną warstwą ściany torbieli. Posuwając się dalej w tych warstwach, dotarto na przednią powierzchnię guza i o wiele dalej niż poprzednio posunięto się po za żołądek w oddzielaniu wewnętrznej warstwy torbieli od zewnętrznej. Dodać jednak należy, że udało się to głównie w lewej połowie guza; w prawej, w pobliżu odźwiernika i pomiędzy temi dwiema warstwami torbieli zespolenie było nadzwyczaj mocne, tak iż dotrzeć do górnego brzegu żołądka nie udało się. Wyosobniono tedy głównie lewą połowę wewnętrznej warstwy guza.

Gdy posunięto się wgłąb dość daleko, tak iż na lewej stronie guza przekroczono poza żołądek, wkroczono w tkanki, w których orjentować się było niepodobna. Tkanki były tu bliznowe, bardzo ściśle z sobą pozrastałe nie dawały się rozdzielać na tępo. Obawiając się, by manipulując zupełnie na ślepo nożem lub nożyczkami nie uszkodzić którego z dużych naczyń krwionośnych, postanowiono zaniechać dalszego wyłuszczania guza. Wyosobniona dotychczas część wewnętrznej warstwy torbieli wynosiła więcej niż $^1/_3$ część całego guza.

Dalsze postępowanie było następujące. Górną i dolną trzecią część otworu w ścianie brzucha zaszyto szwem trzypiętrowym. W środkową trzecią część wszyto wyłuszczoną torbiel w sposób następujący. Brzegi zewnętrznej warstwy torbieli przyszyto dokładnie do otrzewnej ściennej. Wyłuszczoną część wewnętrznej warstwy ściany torbieli wyciągnięto nazewnątrz i jeszcze raz nakłuto; z pomocą nakłucia opróżniono torbiel mniej więcej zupełnie, wypuszczając jeszcze 1700 c. s. cieczy. Wtedy podstawę tej wyłuszczonej wewnętrznej warstwy torbieli przyszyto do mięśni i powięzi w odległości 1 cm. powyżej tego miejsca torbiel odcięto i brzegi torbieli przyszyto do skóry. Do jamy torbieli wprowadzono paski muślinu wyjałowionego. Opatrunek przeciwgnilny. Wobec dość znacznej utraty krwi

wstrzyknięto pod skórę 600 c. s. roztworu NaCl. Ciepłota wieczorem 37.1°C.

Nazajutrz po operacyi ciepłota ranna 37.8°C. Tętno 96, dość mocne, dobrze rozwinięte. Boleści nieduże. Mdłości, od czasu do czasu wymioty. Język wilgotny. Mocz oddaje samoistnie. Opatrunek suchy. Cw. 38°.

Następnie ciepłota ranna obniżyła się powoli, wahając się w granicach od 36° do 37°, wieczorna zaś wynosiła od 37.2° do 38°. Tętno doszło po upływie paru dni do 72 uderzeń na minutę. Wymiotów nie było już drugiego dnia po zabiegu, wiatry odchodziły samoistnie. Boleści nie było. Na razie miała chora duże pragnienie, powoli zjawiło się łaknienie.

Mocz już trzeciego dnia po operacyi białka nie zawierał. I w dalszym przebiegu kilkakrotnie wykonane badanie moczu nie wykryło w nim ani białka, ani cukru.

Opatrunek zmieniono po raz pierwszy 4-go dnia po operacyi, gdyż był on trochę zwilżony. Z jamy wypływa nieco cieczy, podobnej do rzadkich ślin.

Piątego dnia spostrzeżono lekkie zabarwienie żółtaczkowe białkówek ocznych.

Siódmego dnia po operacyi, zmieniając opatrunek, wydobyto z jamy włożone tam paski muślinu. Wówczas wypłynęła naraz z jamy znaczna ilość cieczy o barwie ceglasto-żółtej. Po zdjęciu z brzucha opatrunku widziano w podżebrzu prawem znaczne wypuklenie. Po wypłynięciu cieczy z jamy torbieli owo wypuklenie znikło. Włożono świeże paski muślinu. Do jamy wlano zawiesinę jodoformową.

Następnie zmieniano opatrunek codzień. Płyn nie wypływa z rany.

Ósmego dnia po operacyi chora dostała lawatywę, po której obfite wypróżnienie.

Dwunastego dnia po operacyi usunięto wszystkie szwy. Cała zaszyta część rany zagoiła się przez rychłozrost. Po wydobyciu z jamy pasków muślinu wypłynęła z niej spora ilość — do 500 c. s — cieczy żółtawej, podobnej do wypuszczonej z torbieli w czasie operacyi. Otwór w ścianie brzucha zmniejszył się znacznie. Do jamy wprowadzono gruby sączek, którego koniec wprowadzono do butelki. Po paru dniach usunięto go, gdyż płyn nie wypływał z jamy zupełnie.

Czternastego dnia zachorowała na zapalenie migdałów, połączone z podniesieniem ciepłoty do 38.2. Dano chorej salypirinę do wewnętrznego użycia.

Po upływie 3 dni chora czuła się już dobrze, ciepłota ciała obniżyła się prawie do stanu prawidłowego.

Następny tydzień był zupełnie pomyślny dla chorej. Ciepłota ciała prawie prawidłowa, łaknienie coraz lepsze, samoistne wypróżnienie prawie codzień. Zaczęła dość szybko odzyskiwać siły. Opatrunek zmieniano co drugi dzień. Płynnej wydzieliny z rany ani śladu. Natomiast wewnętrzna warstwa torbieli, ulegając zgorzeli, wydzielała się w postaci drobnych strzępków.

Skóra dokoła otworu w ścianie brzucha, wciąż smarowana maścią cynkową, wygląda zupełnie prawidłowo.

Dwudziestego trzeciego dnia po operacyi wieczorem chora miała dreszcze Cw. 38.1.

Nazajutrz rano ciepłota 38.3⁰, mocny kaszel, kłucie w lewym boku, wykrztusza rdzawą plwocinę. Badanie wykrywa zapalenie w dolnym zrazie lewego płuca, nazajutrz — w dolnym płacie prawego. Ciepłota zaczęła dobiegać wieczorami do 39.6⁰C. Zastosowano podskórne wstrzykiwanie kamfory, gorące wilgotne okłady, proszki Dowera. Powoli ciepłota zaczęła obniżać się, kaszel mniej dokuczliwy, plwociny coraz mniej. Dwudziestego dziewiątego dnia po operacyi stan bezgorączkowy; chora, której stan ogólny był podupadł znacznie w przebiegu ostatniego tygodnia, zaczyna czuć się lepiej, łaknienie powraca.

Trzydziestego dnia po operacyi, a więc dnia 5 maja wieczorem znów ciepłota ciała podniosła się do 38 2⁰. Nazajutrz, dnia 6 maja ciepłota ranna 37.7, chora znów czuje się o wiele gorzej, jakkolwiek kaszlu nie ma wcale. Zmieniono opatrunek. Po wyjęciu paska muślinu z kanału rany, z górnej ściany tegoż przez wązki otwór wylało się ½ kufla cieczy surowiczej, żółtawej, bezwonnej, nieco mętnej. Do kanału wlano zawiesinę jodoformową Cw. 37,9⁰.

Dnia 7 maja C. r. 37.2⁰. Czuje się nieco lepiej. Kaszlu niema, wypluwa bardzo mało rdzawej plwociny. Z rany podczas zmiany opatrunku wypłynęła spora ilość cieczy prawie bezbarwnej. Cw. 37.5⁰.

Dnia 8/V. Cr. 36.3⁰. Czuje się o wiele lepiej, jest mocniejsza, powoli stan ogólny poprawia się. Wypłynęła z rany spora ilość cieczy, słabo-żółto zabarwionej. Wewnętrzna warstwa torbieli wydziela się coraz bardziej.

Następnie objawy ze strony płuc znikły powoli zupełnie, ciepłota ciała powróciła do poziomu prawidłowego.

W nocy z dnia 9-go maja na 10-y i z 10 na 11-y bez widocznego powodu chora miała napady bólów w nadbrzuszu zupełnie takie same, jak w okresie, poprzedzającym zjawienie się guza. Te 2 napady odbiły się wybitnie na stanie ogólnym chorej: odrazu zmizerniała ona widocznie, znać było po niej bardzo mocne cierpienie.

W dalszym przebiegu jednak stan chorej znów powoli, lecz stale podążał w kierunku polepszenia. Łaknienie coraz lepsze, wypróżnienia przychodzą prawie prawidłowo. Dnia 12 maja zaczęła wstawać.

Wobec znacznego zwężenia się kanału rany w głębi, dnia 10/V wprowadzono doń gruby sączek, którego koniec wpuszczono do flaszki. Cała ilość wydzielającego się płynu zaczęła gromadzić się do flaszki; w ten sposób można było określić dobową ilość wydzielającego się płynu. Wynosiła ona 150 — 230 c. s. Rana oczyściła się zupełnie, powoli wypełniala się ziarniną.

Chcąc przyspieszyć zagojenie na drodze ograniczenia ilości wydzieliny poddano chorą próbom. Dnia 21/V chora spożyła naczczo 2 kubki herbaty mocno osłodzonej i ½ bułki szpitalnej. W ciągu 3 godzin po tem śniadaniu wypłynęło 18 c. s. cieczy. D 22/V chora dostała naczczo 2 kubki śmietanki. W ciągu 3 godzin wydzieliło się 28 c. s. cieczy. Dnia 27/V zjadła chora naczczo duży befsztyk bez bułki lub chleba, popiła niesłodzoną herbatą. W ciągu 3 godzin następnych wydzieliło się 26 c. s. płynu.

W celu przekonania się, czy wynik powyższych prób jest prawdziwy, zalecono chorej najpierw pożywienie wyłącznie przeciwcukrzycowe: mięso, jaja, tłuszcz, z dodaniem 6 łyżeczek sody na dobę. Zaczęto je stosować dnia 27/V. i stosowano cały tydzień. Na razie dobowa ilość wydzieliny obniżyła się do 85 c. s. na dobę. Następnie wzrosła stopniowo do 180 c. s. na dobę.

Wobec tego zaniechano dalszego stosowania tego pożywienia, i zalecono inne, złożone z węglowodanów, tłuszczów i sody dnia 4-go czerwca. Tego dnia sączek z przetoki wyśliznął się, ponownie wprowadzić go nie udało się.

5 i 6-go czerwca opatrunek bardzo mocno zwilżony cieszą. 7/VI udało się wprowadzić sączek nanowo, i wtedy w ciągu tygodnia stwierdzono, że ilość wypływającego płynu dosięga 150—180 c. s. na dobę. Nie widząc bardziej wybitnego wpływu tego lub owego rodzaju pożywienia na ilość wypływającej z przetoki cieczy, pozwolono chorej spożywać wszystkie pokarmy, z dodaniem 6 łyżeczek sody na dobę.

Dnia 12/VI sączek z przetoki wyśliznął się, wprowadzić go ponownie nie udało się, wobec tego w dalszym przebiegu już nie można było ściśle mierzyć dobowej ilości wypływającej cieczy.

Dnia 18/VI prócz sody zalecono chorej zażywać 3 razy dziennie po 10 kropli nalewki makowcowej.

Stan ogólny chorej poprawiał się następnie stale. Zabarwienie skóry żywe, łaknienie dobre, wypróżnienie samoistne codzień. Chodzi chętnie dużo, sił przybywa. Od czasu do czasu brzękną nieco stopy, szczególniej lewa i nieco twarz. Mocz prawidłowy, białka i cukru nie zawiera.

Miejscowo przetoka coraz węższa. Wypływa z niej taka ilość cieczy, że opatrunek codzień obficie zwilżony. Skóra dokoła przetoki, stale obficie smarowana maścią, stale nieco obżarta, jakkolwiek o wiele mniej, niż w przypadku pierwszym.

Od 7 lipca zaczęto wstrzykiwać co parę dni do przetoki nalewkę jodową. Do wyjścia chorej ze szpitala w d. 15 lipca r. b. nie widziano jednak od tego jakiegoś wyraźnego skutku pomyślnego.

W dniu wypisania się chorej z oddziału była ona w st.nie ogólnym zdrowia zupełnie pomyślnym, przytyła. Stan bezgorączkowy. Skóra i śluzówki zabarwione prawidłowo. Obrzęki znikły. Łaknienie duże, wypróżnienia samoistne codziennie. Brzuch miał wygląd zupełnie prawidłowy. Położenie żołądka i okrężnicy, o ile to można stwierdzić klinicznie, prawidłowe. Pozostaje cienka przetoka, z której obficie wypływa klarowna, szklista ciecz. Skóra dokoła przetoki, być może — dzięki obfitemu stosowaniu maści cynkowej, przybrała wygląd prawidłowy.

Badanie płynu (Maliniak), otrzymanego podczas operacyi z torbieli za pomocą nakłucia w ilości 7.200 c. s., wykazało następujące własności. Był on barwy brunatno-żółtej, mętny, gęsty. Ciężar gatunkowy wynosił 1015; odczyn płynu, badany lakmusem, lecz nie fenolftaleiną, był alkaliczny. Badanie mikroskopowe osadu wykazało liczne czerwone ciałka krwi, tafelki cholestearyny i liczne duże kule o budowie ziarnistej (rozpad tłuszczowy).

Badanie płynu na obecność zaczynów trzustkowych wykazało obecność zaczynu diastatycznego: po upływie 15 minut klajster krochmalowy, z dodaniem płynu z torbieli, redukuje miedź. Zaczyn lipolityczny obecny. płyn rozszczepia salol. Zaczynu, trawiącego białko, niema: płyn nie trawi białka w rurkach Metta ani sam przez się, ani po dodaniu śluzu kiszkowego, nawet po upływie kilku dób. Nie trawi płyn białka i po dodaniu $CaCl_3$.

Badanie chemiczne wykrywa w płynie: białka, strąconego gotowaniem 3,24%, suchej reszty 4,32%, popiołu 0,824%, schlorku sodu 0,5265%. Widzimy stąd, że płyn, otrzymany z torbieli, składem swoim nie odpowiadał prawidłowemu sokowi trzustkowemu. Obecność zaczynów amylolitycznego i lipolitycznego pozwala sądzić z dużem prawdopodobieństwem, że płyn otrzymany z torbieli pozostaje w pewnym związku z trzustką. Ze względu jednak na skład chemiczny płynu, mianowicie na dużą zawartość w tymże białka, na brak trypsyny wzgl. trypsynogenu, nie możemy uważać tego płynu za prawidłowy sok trzustkowy, lecz za wytwór chorobowy.

Płyn, zebrany dwunastego dnia po operacyi z jamy torbieli, różnił się znacznie od płynu, otrzymanego z torbieli podczas operacyi. Płyn ten był znacznie jaśniejszy, bardziej przezroczysty; po pewnym czasie wydzielił się zeń jak gdyby skrzep włóknika, i wówczas płyn stał się zupełnie przezroczysty. Odczyn, badany lakmusem, był zasadowy, ciężar gatunkowy 1008. Zaczyn diastatyczny obecny: klajster krochmalowy z dodaniem płynu po upływie ½ godziny redukuje miedź. Łatwo wykrywa się i zaczyn lipolityczny: 5 ctm. sz. oliwy z dodaniem 1 ctm. sż. płynu, po staniu w cieplarce w ciągu 20 godzin, wymagały dla zobojętnienia przeszło o 4 ctm. sz. $^1/_5$ norm. NaOH więcej, niż ta sama ilość oliwy+1 ctm. sz. zagotowanego płynu. Próba z rurkami Metta na zaczyn trawiący białko ze świeżym płynem wypadła ujemnie. Po dodaniu do płynu 10%-go roztworu $CaCl_3$ w ilości 2, 4, 6, 8, 10, 15 kropli na 4 ctm. sz. tegoż, nie spostrzeżono proteolizy ani po 24, ani po 48 godzinach. Gdy natomiast dodano do płynu nieco soku kiszkowego, używanego i w pierwszem spostrzeżeniu, po 24 godzinach proteolizy nie otrzymano, natomiast po upływie 48 godzin znaleziono, że 4 mm. białka w rurce Metta uległo strawieniu.

Określanie własności hemolitycznej płynu dało wynik następujący:

30 krp. zaw. krwi	+30 krp. płynu z przet.	+ 0 krp. fizjol. roztw. soli	ślad hemolizy
30 „ „ „	+25 „ „ „	+ 5 „ „ „ „	ślad hem.
30 „ „ „	+20 „ „ „	+10 „ „ „ „	ślad hem.
30 „ „ „	+15 „ „ „	+15 „ „ „ „	o hemolizy
30 „ „ „	+30 „ gotow. płynu	+ 0 „ „ „ „	ślad hem.
30 „ „ „	+20 „ „ „	+10 „ „ „ „	ślad minimal.

Badanie chemiczne płynu wykazało: suchej substancyi 1,48%, popiołu 0,937%, NaCl 0,661%, $\delta = 0{,}555^0$. Ilości białka nie udało się określić wagowo, gdyż po zagotowaniu utworzył się tylko męt, nie dający się odfiltrować; natomiast albuminimetr Essbacha wykazał $4{,}5^0/_{00}$ białka. Badania powyższe pokazują, że ten drugi płyn, otrzymany z jamy torbieli dwunastego dnia po operacyi, pod względem swoich własności zbliża się do płynu z pierwszego

spostrzeżenia, oraz do płynów, uważanych za sok prawidłowy (Glässner, Schumm i t. d.).

Różnica dotyczyła przedewszystkiem zaczynu trawiącego białko, którego ilość w naszym płynie była niewielką, lub, być może, dawał się on aktywować z dużą trudnością, bo dopiero po upływie 48 godzin spostrzeżono proteolizę. Ta słaba zdolność płynu do trawienia białka przejawiała się i w słabej zdolności jego do obżerania skóry dokoła przetoki, pod którym to względem różnił się on wybitnie od płynu w spostrzeżeniu pierwszem. Wskazuje to, prawdopodobnie, że stan trzustek w obu tych spostrzeżeniach nie był jednakowy. Co się tyczy hemolizy, to dzięki określeniu punktu zamarzania płynu w tym przypadku możemy twierdzić stanowczo, że nie zależała ona od czynników fizykalno-chemicznych t. j. małego stężenia cząsteczkowego danego płynu, gdyż punkt zamarzania, a więc ciśnienie osmotyczne tegoż równało się prawidłowemu punktowi zamarzania osocza krwi. Mogła ona zależeć jedynie od obecności jakichś ciał, obdarzonych własnością hemolityczną.

Ponieważ nie badaliśmy płynu pod względem jego własności hemolitycznej natychmiast po otrzymaniu, lecz dopiero po upływie 2 dni, nie możemy przeto powiedzieć, czy te ciała hemolizujące wytworzyły się w płynie poza ustrojem, jak w pierwszem spostrzeżeniu, czy były już obecne w świeżym płynie.

Co się tyczy ściany torbieli, to zbadaliśmy (Leśniowski) mikroskopowo część jej, wyciętą w przebiegu operacyi, i znaleźliśmy, co nostępuje. W ścianie torbieli dają się rozróżnić dwie, mniej więcej jednakowo grube, warstwy — wewnętrzna i zewnętrzna. Obie składają się z tkanki łącznej. W warstwie wewnętrznej tkanka łączna jest dość luźna, włókna jej faliste, jakby napęczniałe, zdążają równolegle do wewnętrznej powierzchni torbieli. Liczba komórek umiarkowana, mają one kształt rozmaity. Zewnętrzna warstwa utkana z tkanki o wiele bardziej zbitej, włókna prostolinijne, pęczki ich krzyżują się. Komórki nieliczne, wrzecionowate, o cienkich wydłużonych jądrach. W warstwie zewnętrznej — liczne większego kalibru naczynia krwionośne. W warstwie wewnętrznej — prawie wyłącznie naczynia drobniutkie i włoskowate, te ostatnie napotyka się w bardzo dużej liczbie. Tu i owdzie w pobliżu naczyń drobnokomórkowe nacieczenie, tu i owdzie — świeża wybroczyna. W warstwie wewnętrznej torby, bliżej ku wewnętrznej powierzchni tejże, napotyka się ziarna barwnika. Na wewnętrznej powierzchni torbieli nie napotkaliśmy tworów, któreby można uważać za pokrywający ją nabłonek. Również śród tkanki łącznej ściany torbieli nie napotkaliśmy tworów nabłonkowych, które mogłyby wskazywać na pochodzenie torbieli z gruczołu trzustkowego.

Rozpoznanie nasze, zrobione po zbadaniu pacyentki przed operacyą, jak widzimy, sprawdziło się w przebiegu operacyi, oraz spostrzeganiem pacyentki w okresie pooperacyjnym: mieliśmy do czynienia w samej rzeczy z zastojową, prawdziwą torbielą trzustki.

Ponieważ torbiele trzustki tego ostatniego gatunku różnią

się pod pewnymi względami od torbieli urazowych tego organu, pozwalamy sobie poświęcić im kilka wyrazów.

Zjawienie się ich nie bywa poprzedzone przez uraz nadbrzusza; przed spostrzeżeniem guza chorzy cierpią nieraz dłuższy czas na rozmaite dolegliwości, do pewnego stopnia dość charakterystyczne. Część chorych wspomina o zaburzeniach żołądkowych. Zazwyczaj u osób, poprzednio cieszących się jaknajlepszem zdrowiem, jak to było i w naszym przypadku, zjawia się naraz, bez widocznego powodu, napad gwałtownych bólów w nadbrzuszu, w okolicy dołka sercowego, które to bóle szerzą się nieraz po całym brzuchu, albo też w plecy, dochodząc do lewej kończyny górnej. Napad taki może być z dużą łatwością wzięty za kolkę wątrobową. Ból charakteryzuje się niezwykle mocnem natężeniem; zmusza on chorych położyć się do łóżka. Niebawem w ślad za bólem zjawiają się mdłości, następnie—wymioty. Na początku bywa zwymiotowany ostatnio spożyty pokarm; o ile wymioty powtarzają się kilkakrotnie — następne wymiociny składają się ze śluzu i żółci. Okolica żołądka bywa zazwyczaj mocno wrażliwa na ucisk w czasie trwania napadu. W niektórych przypadkach objawy powyższe, połączone z uczuciem dużego osłabienia i wyczerpania, wzmagają się coraz bardziej; zmusza to badającego lekarza myśleć już to o zapaleniu otrzewnej, już to o zamknięciu światła przewodu pokarmowego. Napady powtarzają się w rozmaitych odstępach czasu: co kilka dni, co kilka tygodni. Niejednokrotnie notowano występowanie bólów w nocy, podczas snu. Objawy powyższe są nadzwyczaj podobne do objawów ostrego zapalenia trzustki.

Rozmaicie prędko po zjawieniu się pierwszego napadu bólów spostrzegano w brzuchu obecność guza: w niektórych przypadkach już po upływie kilku dni lub tygodni, w innych po upływie miesięcy i nawet lat. W naszym przypadku chora, osoba roztropna i inteligentna, zauważyła guz dopiero po upływie roku od pierwszych napadów.

Gdy torbiel, powiększając się rozmaicie szybko, dochodzi do pewnych wymiarów, zaczyna powodować szereg dolegliwości na drodze mechanicznej. Jednocześnie, jak to zobaczymy wkrótce, odbywa się przewlekła sprawa zapalna w gruczole trzustkowym, powodująca upośledzenie czynności tejże.

Stwarza się ostatecznie obraz chorobowy, jaki widuje się i w innych rodzajach torbieli trzustkowych i o jakim mówiliśmy już dokładnie, opisując torbiele pochodzenia urazowego; przytaczać go tu po raz wtóry nie będziemy. Tu dodamy tylko, że o ile torbiel rozwija się z głowy trzustki, mogą wytworzyć się warunki, sprzyjające zjawieniu się żółtaczki. O ile znów wrasta torbiel pomiędzy listki krezki okrężnicy, a zatem żołądek, względnie — okrężnica nie są przez guz uciśnięte, może brakować w obrazie chorobowym objawów niedrożności przewodu pokarmowego. Przypadek nasz potwierdza pogląd, że białkomocz w torbielach trzustkowych zależy od mechanicznego uciśnięcia naczyń nerkowych: już 4-go dnia po operacyi nie wykryto w moczu białka, to samo wykazało kilkakrotnie powtórzone badanie moczu w okresie pooperacyjnym.

W torbielach zastojowych trzustki rozróżniają się podane wyżej trzy główne odmiany: torbiele położone pomiędzy żołądkiem i wątrobą, torbiele wrastające pomiędzy żołądek i okrężnicę, wreszcie torbiele, położone pomiędzy listkami krezki okrężniczej. Jak widać z podanego wyżej opisu, nasza torbiel stanowiła poniekąd połączenie dwóch pierwszych postaci: górna część torbieli, napinająca na sobie wiąz żołądkowo-wątrobowy, mieściła się pomiędzy żołądkiem i wątrobą, dolna—pomiędzy żołądkiem i okrężnicą.

I te torbiele posiadają zdolność znikania i ponownego zjawiania się. O warunkach znikania torbieli mówiliśmy już wyżej.

Wszystko, co przytoczyliśmy w opisie pierwszego spostrzeżenia odnośnie metod badania i rozpoznawania torbieli trzustki pochodzenia urazowego, ma tą samą wartość w badaniu, wzgl. w rozpoznawaniu torbieli trzustkowych zastojowych; powtarzanie byłoby zbyteczne.

Wobec ciężkich dolegliwości, powodowanych przez torbiele, wobec obawy pęknięcia torbieli, które może wywołać nie dające się obliczyć w następstwie zapalenie otrzewnej, wobec krwotoków do jamy torbieli z bardzo mocno unaczynionych ścian tejże, od których to krwotoków widziano już i zejście śmiertelne, staje się koniecznem usunięcie torbieli na drodze operacyjnej. Jakkolwiek ścian omawianych torbieli są mocno rozwinięte, to jednak liczne doświadczenie poucza, że ze względu na rozległe,

bardzo tęgie zrosty z sąsiadującymi organami najlepiej jest ograniczyć się do częściowego usunięcia ściany i do wszycia pozostałej części torby w otwór w ścianie brzucha. Nasz przypadek potwierdza jaknajbardziej ten pogląd.

Przebieg pooperacyjny nie różni się w swoich szczegółach od przebiegu pooperacyjnego po torbielach pochodzenia urazowego.

Ściana zastojowych torbieli trzustki, badana mikroskopowo, przedstawia się rozmaicie. W jednych przypadkach nie posiada ona nic charakterystycznego, składa się z rozmaicie mocno zbitej tkanki łącznej; zazwyczaj można w niej rozróżnić warstwę wewnętrzną i zewnętrzną, jak to było i w naszem spostrzeżeniu. W innych — udaje się napotkać tu i owdzie śród tkanki łącznej kępki nieźle zachowanej substancyi gruczołowej, lub tylko — nieduże ogniska komórek nabłonkowych. Tu i owdzie udaje się czasami natrafić na swobodnej, wewnętrznej powierzchni torbieli — na pokrywający ją nabłonek rozmaitego kształtu.

Co się tyczy wreszcie powstawania omawianej obecnie postaci torbieli trzustki, to zapatrywania autorów na tę sprawę są następujące. Torbiele zastojowe trzustki mogą powstawać bądź z przewodu Wirsunga, bądź z miąższu gruczołu.

Co do pierwszych, Virchow sądzi, że zastojowe torbiele przewodu trzustkowego powstają wówczas, gdy jego wylot kiszkowy zamyka się. Zamknięcie to może pochodzić od zatkania się otworu kamieniem, od uciśnięcia guzem, od zwężenia bliznowego. W torbielach tego pochodzenia zawiera się zazwyczaj nie sok trzustkowy, lecz śluz, zmięszany z wynaczynioną krwią, zawierający czasami kamienie trzustkowe. Guzy te, nie dosięgając dużych wymiarów — nie przekraczając wielkości pięści, bardzo rzadko wywołują potrzebę wykonania operacyi. Poglądy Virchowa potwierdzili Cruvelhier, Rokitansky.

Badania doświadczalne, o których wspomnieliśmy już wyżej, wykazują natomiast, że mechaniczne zamknięcie światła przewodu trzustkowego zazwyczaj nie prowadzi do znaczniejszego rozszerzenia się tegoż. Dopiero następczy rozrost tkanki łącznej w gruczole daje powód do powstawania torbieli, lecz na ten raz już z samego miąższu gruczołu.

Torbiele, pochodzące z samego gruczołu, spostrzegane u ludzi, najczęściej brały początek z głowy narządu. Obok

jednej dużej torbieli widywano mniej lub bardziej liczne mniejsze, rozsiane po gruczole. Oczywiście, każda z nich może z biegiem czasu zamienić się na dużą; na tej drodze powstaje prawdopodobnie część t. zw. nawrotów po operacyi torbieli trzustkowej. Dokładne spostrzeżenia pokazują, że w przypadkach torbieli, pochodzących z miąższu trzustki, przewód Wirsunga był zupełnie drożny.

Bardzo rzadko znajdowano pozostałą część trzustki prawidłową; zazwyczaj napotykano rozlane, przewlekłe zapalenie śródmiąższowe z obfitym rozrostem zbitej tkanki łącznej Niektórzy (A. Bernard, v. Recklinghausen, Clarke) wspominają o daleko posuniętem zwyrodnieniu tłuszczowem organu; Goodman mówi, że znalazł tenże w zaniku.

Na podstawie powyższych faktów ustaliło się zapatrywanie, że w powstawaniu dużych, zastojowych torbieli trzustki gra pierwszorzędną rolę przewlekłe, śródmiąższowe zapalenie organu, prowadzące do bujania tkanki łącznej, jak tego dowodzą badania Tilgera — szczególniej dokoła zrazików gruczołu. W następstwie tego dochodzi do odsznurowania najdrobniejszych pęcherzyków gruczołowych i ich przewodów. Na skutek zwyrodnienia nabłonka w odsznurowanym pęcherzyku powstaje mikroskopowa torbiel. Kilka takich torbieli, zlewając się razem w następstwie zgorzeli ścieńczałej tkanki łącznej śródzrazikowej, dają jamę już dostrzegalną nieuzbrojonem okiem. Tu zaczyna działać na tkanki, zmienione chorobowo, wpływ zaczynów trzustkowych. W następstwie przeżarcia naczyń krwionośnych, w które nieraz nadzwyczaj obfituje ściana torbieli, powstaje krwawienie do jamy torbieli, w pojedyńczych przypadkach zagrażające życiu chorego.

Pochodzenie przewlekłego śródmiąższowego zapalenia trzustki bywa rozmaite. Więc najpierw może ono być następstwem zakażenia, szerzącego się z przewodu żołądkowo-kiszkowego na przewod Wirsunga, stąd zaś na miąższ organu. Możnaby nazwać je wstępującem; podług Dickhoffa przytrafia się ono najczęściej. Następnie, rozwija się ono na tle nadużywania wyskoku, na tle syfilisu; tu zatem szkodliwość chorobotwórcza zjawia się ze krwi. W pewnych przypadkach — zamknięcie światła przewodu Wirsunga daje początek do rozrostu tkanki łącznej w jego ścianie, szerzącego się następnie na tkankę

śródmiąższową. Podług Klebsa znów, zapalenie, powodujące rozrost tkanki łacznej śródmiąższowej w trzustce, szerzy się zazwyczaj na ten organ — z organów sąsiadujących: z otrzewnej, z tkanki pozaotrzewnej, z dwunastnicy, z przewodu żółciowego.

Korzystaliśmy z następującego PIŚMIENNICTWA.

Babkin podług Malys Jahresbericht. 1906 r.

Bayliss i Starling. Der Mechanismus der Pankreassecretion, podług Malys Jahresbericht. T. 32. Str. 442.

Bardenheuer und Fraune. Ein Beitrag zur Lehre von den Pankreascysten (Festschrift zur Eröffnung der Akademie f. praktische Medizin in Koln).

Benedicenti. Malys Jahresbericht. Tom 34 i 35. Str. 485.

Bickel. Deutsche Medicinische Wochenschrift. 1908. № 52.

Boas. Deutsche Medicin. Wochenschrift. 1890. Str. 1195.

Bołdyrew. Russkij Wracz. 1904. № 39, 40.

Breusing Virchow's Archiv. T. 107. Str. 186.

Burmeister. Ueber Saugpumpedrainage bei Pankreascyste. Arch. f. Klin. Chir. T. 75. Str. 183.

Camus. Comptes rendus d. S. B. T. 54. Str. 513.

Camus et Gley. Comptes rendus. d. S. B. T. 54. Str. 241, 465, 895.

Cawardine. Pancreatic cyst in a boy aged seven (Brist. m. c. journ. 1908, streszcz. w Zentr. f. Chir. 1909, № 13).

Delezenne. Comptes rendus de la Soc. de Biol. T. 513. Str. 1161 i 1164, T. 54. Str 281, 283, 431, 590, 590, 592, 890, 892, T. 55. Str. 171, 174. R. 1907. Str. 274.

Delezenne et Frouin. Comp. ren. d. S. B. T. 54. Str. 691.

Dezmann. Ueber traumatische Cysten und Pseudocysten der Pankreas (Lečnicki viestnik. 1900, № 1 i 2 streszcz. w Zentrb. f. Chir. 1900. Str. 456).

Donth. Beitrag zur Pankreaschirurgie. Prag. medicin. Wochenschr. 1905, № 45.

Eichler. Experimentelle Beiträge zur Diagnose der Pankreaserkrankung. Die Cammidge'sche Pankreasreaktion im Urin. Berl. klin. Woch. 1907. № 25.

Einhorn. Arch. f. Verdaungskr. 1909. H. 2. Str. 199.

Ellinger und Chon Zeitschrift f. physiologische Chemie. T. 45.

Eloesser. Die in den letzten 10 Jahren in der Heidelberger chirurg. Klinik beobachteten Fälle von Pankreaserkrankungen. Mitteil. aus der Grenzgebieten d. Med. und d. Chir. 1908. Str. 195.

Exner. Wien. klin. Wochen. 1905. № 30.

Fisher. Mechanism of shock in acute disease of the pancreas (Southern California Practitioner Mai 1908, streszcz. w Zentr. f. Chir. 1909. № 1).

Fleig. Biochemisches Zentralblatt. T. II. Str. 279, 989, 990.

Glässner. Zeitsch. f. physiol. Chemie. T. 40.

Glassner i Popper. Deutsch. Archiv. f. klin. Medizin. 1908. T. 94.

Goebel. Zur Totalexstirpation von Pankreascysten. Zentrb. f. Chir. 1907, Sprawozd. z 36-go zjazdu Chirurgów niemieckich z r. 1907.

Grund. Zur Pathologie der Pankreascyste und des Pankreasdiabetes (Mitt. aus dem. Grenzgb. d. M. und d. Chir. T. 17. Zesz. 3—4.

Handbuch der praktischen Chirurgie. 1907. T. III. Str. 718.

Heineke. Ueber Pankreasrupturen. Langenbeck's Archiv. T. 84. Zesz. 4.

„ Zur Behandlung der Pankreasfisteln. Zentr. f. Chir. 1907. № 10.

Herman. Przypadek torbieli trzustki. Przegl. lek. 1902. № 28. Str. 423.

Herter. Zeitschr. f. physiologishe Chemie. T. 4

Hohmeier. Münch. Mediz. Woch. 1907. № 41.

Honigmann. Zur Kenntniss der traumatischen Pankreascysten. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 1905 T. 80.

Jaksch. Zeitschrift f. physiol. Mediz. T. 12. Str. 116.

Jasiński. O torbielach wychodzących z trzustki i jej okolicy. Przegl. Lek. 1903 №№ 8, 9, 10, 11 i 12.

Jasiński. O torbielach trzustki. Przegl. Lek. 1902. № 51. Str. 733.

Kellock. A case of traumatic pancreatic pseudocyst. Streszcz. w Zentr. f. Chir. 1907. № 5.

Kijewski Fr. O torbiel. trzustki. Gazeta Lek. 1909. №№ 10—17.

Kempf. Deutsche med. Wochenschrift. 1908. № 39.

Kopfstein. Cystis pancreatica. Wien. klin. Rundschau. 1906. № 12.

Körte. Die chirurgischen Krankheiten und Verletzungen des Pankreas (Deutsche Chirurgie Lief. 45. d.).

Küster. Deutsche Żeit. f. Chir. T. 72. Str. 117.

Lazarus. Zur Patogenese der Pankreascysten. Zeit. f. Heilkunde. T. 22. Zesz. 6.

Lazarus. Trauma und Pankreascyste. Sonderabdruck aus der v. Leyden-Festschrift.

Leriche. Kyste de l'arriére-cavité des epiploons simulant un kyste de pancréas. Arch. gener. de medc. 1905.

Lilienstein. Casuistischer Beitrag zur Aethiologie und Symptomatologie der Pankreascyste. Münch. med. Woch. 1907. № 34.

Lintwarew. Malys Jahresbericht. T. 31.

Lissjanski. Ein Fall von Blutcyste des Pankreas. Streszcz. w Zentr. f. Chir. 1900. Str. 1283.

Loeventhal. Ueber die traumatische Entstehung der Geschwülste Langb. Archiv. f. kl. Chir. T. 49.

Lombroso. Comptes rendus d. S. d. B. T. 56. Str. 396, 398, 399, 340.

Maas. Medizinische Klinik. 1909. № 5.

Mayo Robson. Beziehungen der Anatomie zu den Krankheiten des Pankreas. Berl. Kl. Woch. 1908. №№ 4 i 7.

Mazurkiewicz. Rocznik lekarski. T. I.

Mikulicz. Ueber den heutigen Stand der Chirurgie des Pankreas. Mitt. aus d. Grenzgeb. d. Ch. und d. Med. 1903. T. 12.

Müller und Schecht. Mediz. klinik. 1909. № 16 i 17.

Münzer. Pankreascysten. Zentralbl. f. die Grenzg. d. M. und d. Ch. 1903. Str. 490, 529, 578, 619, 644.

Noever. Pseudo-kyste hémorrhagique du pankréas. Journal de Chir. et Annales de la Soc. Belge de Chir. 1908. № 8.

Oser. Die Erkrankungen des Pankreas. Nothnagel, Spec. Path. und Ther. W. 1898. T. 18.

Pawlow. Die Arbeit der Verdauungsdrüsen. Wiesbaden. 1898.

Payr. Wien. klin. Woch. 1898. № 21.

Popielski. Malys Jahresbericht. T. 32. Str. 453.

Pozerski. Comptes rendus d. S. d. B. T. 54.

Przewoski. Trzy przypadki torbieli zaotrzewnowych surowiczych. Gaz. Lek. 1889.

Richardson, cytowany w pracy Körte'go.

Roth. Zeitschr. f. klin. Mediz. T. 67. Zesz. 1—3.

Seefisch. Mitteilungen uber Pankreascysten. Deutch. Zeit f. Chir. T. 59. Str. 153.

Schmidt. Deutsch. Arch. f. klin. Mediz. T. 87. Str. 456.

„ Münch. mediz. Woch. 1907. № 50.

Schumm. Zeitsch. f. physiol. Chemie. T. 36.

Subbotic. Beitrag zur Kenntniss der hämorrhagischen Pankreascysten D. Zeit. f. Chir. 1901. T. 59. Str. 197.

Szepowalnikow. Malys Jahresbericht. T. 29. Str. 370.

Takayasu. Beitr. zur Chirurgie des Pankreas Mitt. aus d. Grenzg. d. M. und d. Ch. 1898. T. 3.

Tilger. Beiträge zur Patholog. Anatomie und Aethiol. der Pankreas-cysten. Virchow's Arch. T. 137.

Walter. Malys Jahresbericht. T. 29.

Watten. Torbiel trzustki rzekoma pochodzenia urazowego. Czas. Lek. 1899. № 10. Str. 426.

Wertheimer. Comptes rendus d. S. d. B. T. 54. Str. 474.

Wertheimer et Lépage. Comptes rendus d. S. d. B. T. 52. Str. 931, T. 53. Str. 757.

Wohlgemutt. Berl. klin. Woch. T. 2. Str. 264, 350, T. 4. Str. 271.

Wolfler. Zur operativen Behandlung der Pankreascysten. Prag. med. Woch. № 2.

Virchow. Geschwulste. T. I. Str. 276.

Visentini. Virchow's Arch. T. 195. Zesz. 3.

Zawadzki J. Gazeta Lekarska. 1890.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

O LECZENIU OPERACYJNEM GRUŹLICZEGO ZAPALENIA OTRZEWNEJ*).

opracował

H. GOLDBERG (w Łodzi).

Nie wszyscy chirurdzy jednakowo zapatrują się na leczenie gruźlicy otrzewnej.

Zaczniemy od bezwzględnych przeciwników zabiegu operacyjnego. Jest ich niewielu; powody przez nich przytaczane są dość jednostajne.

Na VI Zjeździe chirurgów włoskich w Bolonii w 1889 r. Ceccherelli podał 4 przypadki gruźlicy otrzewnej, leczone chirurgicznie. W przebiegu rozpraw Durante, Ferrazi i Hassini wypowiedzieli się przeciw zabiegowi, twierdząc, że poprawa po nim jest złudną: chorzy ich umierali w ciągu roku od gruźlicy płuc. 10 lat minęło, zanim ozwały się nowe głosy ostrzegające. Byford, na zasadzie statystyki Schröder'a z r. 1897 i Parker Sims'a z 1898 r., twierdzi, że % wyleczonych operacyjnie (41% wzgl. 31%) bynajmniej nie przemawia na korzyść zbawczej wartości cięcia brzucha. Byford objaśnia wpływ zabiegu operacyjnego wyłącznie postępowaniem leczniczem, stosowanem przed i po zabiegu.

W r. 1901 występuje najwytrwalszy z pośród chirurgów przeciwnik laparotomii w gruźlicy otrzewnej, Borchgrevink, który stanowisko swe uzasadnia wynikiem badań histologicznych. Borchgrevink utrzymuje, że gruźlica otrzewnej jest zdol-

---

*) Zestawienie niniejsze jest oparte na piśmiennictwie, poczynającem się od roku 1888, gdyż wcześniejsze było mi niedostępne.

na do samowyleczenia, że przemiany wsteczne w gruzełkach stanowią prawidło nie tylko tam, gdzie organizm bierze górę nad zakażeniem, lecz i tam również, gdzie mu ulega, że zejście gruźlicy otrzewnej jest zależne wyłącznie od siły zarazka i odporności ustroju.

Poglądy swe popiera wynikiem badania skrawków otrzewnej, zdobytych drogą cięcia brzusznego: gdzie gruzełki znajdowano w stanie zaniku, tam operacya dała wynik dodatni; przeciwnie zaś, gdzie gruzełki znajdowały się w stanie kwitnącym, tam operacya pozostawała bez wpływu na dalszy przebieg choroby.

Należy zatem zwalczenie cierpienia pozostawić siłom ustroju, zapalenie zaś gruźlicze otrzewnej zwrócić internistom.

Wspomnimy jeszcze o dwóch bezwzględnych przeciwnikach. Rose, opierając się na przypadkach kliniki Naunyna (69 przyp.), twierdzi, że leczenie wewnętrzne daje 33% uzdrowień, od operacyi zatem należałoby wymagać znacznie lepszych wyników, niż dotychczas otrzymane. Wreszcie Büdinger (1906 r.) jest zdania, że należałoby postawić pytanie wprost odwrotnie, a mianowicie: czy istnieją przypadki uleczone pomimo dokonanej operacyi, gdyż gruźlica otrzewnej jest zawsze postacią chorobową wtórną, zdolną zresztą do samowyleczenia.

Obok bezwzględnych przeciwników operacyi znajdujemy jej gorących czcicieli, którzy opierają się bądź na danych statystycznych, jak Aldibert, Conitzer, Rörsch, Schwartz, Thoenes i inni, bądź na twierdzeniach mniej więcej uzasadnionych. Lindner np. twierdzi, że siły ustroju, wzięte same w sobie, nigdy nie wystarczają do pokonania wroga. Vierordt mówi, że po leczeniu wewnętrznem nawroty są znacznie częstsze, niż po leczeniu chirurgicznem. Naumann jest zdania, że bez operacyi trudno zrobić ścisłe rozpoznanie, zabieg zaś wywiadowczy jest jednocześnie leczniczym. König nie widział nigdy ujemnego wpływu operacyi na przebieg choroby. Schramm zgadza się z Kindnerem, kładąc nacisk jednocześnie na to, że operacya jest szczególnie wskazana u dzieci. Weisswange podnosi znów dodatni wpływ operacyi na sprawę gruźliczą w innych narządach, naprz. w nerkach; wzmianki podobne, tyczące się gruźlicy płuc, spotykamy również.

Czy istnieją ścisłe wskazania i przeciwwskazania do zabiegu operacyjnego?

Twórca metody operacyjnej, König, na zjeździe w 1891 r. wyraził się, że niema gruźlicy otrzewnej, uleczalnej drogą operacyjną i nieuleczalnej od leczenia wewnętrznego i odwrotnie. Było to w kilka lat po roku 1884, gdy König zaproponował po raz pierwszy operacyę do leczenia zapalenia gruźliczego otrzewnej.

Wskazania do operacyi zależą od postaci chorobowej. Co się tyczy postaci wysiękowej surowiczej, niezależnie od tego, czy mamy do czynienia z postacią rozlaną, czy też otorbioną, nie znalazłem w dostępnem mi piśmiennictwie ani jednego przeciwnika zabiegu. Tę postać uważają prawie wszyscy za najbardziej nadającą się do zabiegu operacyjnego, najmniej niebezpieczną i dającą najlepsze rokowanie. Dobre również wyniki daje otorbiona postać ropna.

Gdy mowa o zlepnem zapaleniu otrzewnej, spotykamy już sporo przeciwników, którzy wychodza z rozmaitego założenia: jużto, że trudno tu dostać się, dzięki zrostom, do wszelkich zakątków jamy otrzewnej, już to niebezpieczeństwo rozrywania zrostów jest zbyt wielkie; wskazują pozatem na częste powikłania w postaci długotrwałych przetok kałowych. W gruźlicy prosówkowej i wrzodziejącej, jak również w rozlanym ropnym wysięku, operacya nie znalazła zwolenników.

Gruźlica otrzewnej, jako przejaw daleko posuniętej gruźlicy ogólnej, nie nadaje się do leczenia chirurgicznego. Co się zaś tyczy powikłania jej gruźlicą oddzielnych narządów, to zdania pod tym względem są podzielone. Gruźlica szczytów płuc, zdaniem większości autorów, nie stanowi przeciwwskazania do operacyi, przeciwnie nawet, notowano przypadki, gdzie po operacyi następowała poprawa i ze strony płuc. Objaśniono to w ten sposób, że organizm, przezwyciężywszy zarazek, umiejscowiony w otrzewnej skąd inąd bardzo odpornej na wpływ przecinka Koch'a, wytwarza aleksyny, które działają na zarazki umiejscowione w płucach.

Jak postępować w przypadkach wątpliwych, gdzie rozpoznanie jest trudne? Tutaj operacya jest bezwarunkowo wskazana. Nie zapominajmy, że wogóle ta metoda lecznicza zawdzięcza swe pochodzenie błędom rozpoznawczym, mianowicie

przypadkom, gdzie oczekiwano spraw zapalnych organów płciowych kobiecych, znajdowano zaś sprawy gruźlicze. Że rozpoznanie nasze i dziś opiera się na nader wątłych podstawach, dowodzą takie przykłady, jak np. Swain'a, który w r. 1904 na 6 przyp. rzekomej gruźlicy otrzewnej w pięciu popełnił błędy rozpoznawcze.

Prócz zwykłych trudności w rozpoznaniu należy mieć na uwadze, że postać uogólniona wysiękowa, przypominająca klinicznie marskość wątroby, względnie dość często łączy się z powyższem cierpieniem, jak o tem przekonywają dane Heintze'go i Commins'a.

Nie potrzeba dodawać, że w przypadkach objawów niedrożności, wywołanej czy to zrostami, czy też guzami gruźliczymi, uciskającymi kiszki, jak również w przypadku objawów przedziurawienia, należy natychmiast operować. Do tych powikłań, zresztą bardzo rzadkich, gdyż raz tylko spotkałem opis podobny, należą krwawienia do jamy otrzewnej w początkowym okresie gruźlicy otrzewnej (Claude 1904 r.). O tym wylewie krwawym, jako wskazaniu do operacyi, wspomina również Gurthrie (1906 r).

Nierozstrzygniętem pozostało do dziś pytanie, jak należy zachować się wobec wysokiej ciepłoty i wyniszczenia chorego. Zdawałoby się, że wysoka t⁰, szczególnie o typie przestankowym, jako objaw daleko posuniętej sprawy, powinna być przeciwwskazaniem do zabiegu. A jednak tutaj zdania podzieliły się. To samo powiedzieć należy co do wyniszczenia chorego. Gdy niema danych, świadczących o rozległej gruźlicy, gdy wyniszczenie i wysoka t⁰ są zależne od sprawy zapalnej w otrzewnej, większość autorów radzi operować, nadmieniając przytem, że nie należy dopuszczać do wyniszczenia zbyt wielkiego.

Kiedy powinniśmy przystąpić do operacyi?

I tutaj zdania są podzielone. Jeżeli pominiemy bezwzględnych przeciwników zabiegu operacyjnego, pytanie to rozstrzygnięte będzie rozmaicie, zależnie od poglądu danego autora na przebieg cierpienia.

Bezwzględni zwolennicy operacyi radzą operować natychmiast, gdy tylko rozpoznanie zostanie ustalone.

Większość jednak autorów radzi uciec się do zabiegu operacyjnego wtedy, gdy leczenie wewnętrzne zawodzi; do nich

należą Copel, Conitzer i inni, lecz są to właściwie przeciwnicy cięcia brzusznego. Inni określają termin ściślej, mianowicie na 3 — 7 tygodni od pierwszych rozpoznanych objawów gruźlicy otrzewnej; 3 do 7 tygodni — gdyż rozwiązują to pytanie w zależności od przebiegu ostrego lub podostrego i od ogólnego stanu chorego. Wszyscy jednak zwracają uwagę na to, że nie należy dopuścić do zbytniego wyniszczenia w tych przypadkach, gdzie chorobie towarzyszy wysoka przestankowa t⁰. Do tych autorów zaliczymy Přibram'a, Schattuck'a, Thoenes'a, Ochsner'a, Gurthrie etc. König i Koppen radzą operować w początkowym okresie choroby, Gatti zaś, a za nim Manzoni i Hildebrandt operują dopiero wtedy, gdy wysięk znika, a choroba przechodzi w postać suchą, zlepną.

Rada Gatti'ego może i dobra, ale nie zawsze wykonalna, gdyż właśnie w postaci wysiękowej otwarcie jamy brzusznej daje najlepsze wyniki, z drugiej zaś strony postać wysiękowa nie zawsze ma skłonność do przejścia w postać suchą.

Motywy Gattiego są następujące. Peritonitis fibrosa — to pierwszy etap zdrowienia gruźlicy otrzewnej. Na podstawie badań doświadczalnych autor ten dowodzi, iż otwarcie jamy brzusznej u zakażonych zwierząt dawało wynik dodatni tylko wtedy, gdy było dokonane w pewien czas po zakażeniu, kiedy zarazek został już osłabiony dzięki odporności ustroju. Otwarcie jamy brzusznej i podrażnienie w ten sposób otrzewnej daje tej ostatniej możność zupełnego zwyciężenia zarazka

Na zasadzie jednak danych z piśmiennictwa, musimy przyjść do wniosku, że operacya jest najbardziej wskazana w okresie względnie wczesnym w ogólnym dobrym stanie chorego.

Zabiegi operacyjne, stosowane przez rozmaitych autorów, podzielić można na dwie grupy; do jednej należy samo tylko otwarcie mniej lub więcej szerokie jamy otrzewnej, do drugiej zaś, działanie na otrzewną bez szerokiego otwarcia tejże.

Co się tyczy pierwszego, i tutaj widzimy różnorodność; mianowicie, gdy jedni tylko otwierają jamę otrzewnej i usuwają płyn, inni starają się jeszcze podrażnić błonę surowiczą, wreszcie inni dążą do usunięcia organów schorzałych, domniemanych ognisk choroby.

Cięcie ściany brzusznej bez dodatkowych zabiegów było pierwotną postacią operacyi, już jednak w r. 1887 spotykamy

wzmianki o zabiegach bardziej złożonych. W przypadkach z wolnym wysiękiem surowiczym nacięcie ściany brzusznej i wypuszczenie płynu stanowiło wtedy całkowity zabieg; lecz w postaci zlepnej wcześnie zaczęły rozlegać się głosy, iż należy zrosty możliwie usunąć i całą jamę otrzewnej uczynić dostępną działaniu jakiegoś X. Przypuszczano wtedy, że wpływ podrażnienia nie sięga tam, gdzie otrzewna jest zamknięta zrostami.

W roku 1890 König, na zasadzie 131 dokonanych operacyi, mówi, że zabieg operacyjny polegał na a) cięciu rozpoznawczem; b) cięciu i wypuszczeniu płynu i c) usunięciu schorzałych organów i blizn nożem, nożyczkami i łyżeczką. Widzimy więc, że w tym okresie czasu żadnych określonych metod jeszcze nie było.

Dobre wyniki, mówi König, daje tylko wspólne wszystkim zabiegom szerokie nacięcie i manipulacye w jamie otrzewnej; stosowanie środków odkażających nie miało wpływu na przebieg cierpienia. W 80 przypadkach stosowano przemycie otrzewnej tymolem, kwasem salicylowym, sublimatem i karbolem etc., w 50 zaś żadnych środków nie użyto; w tych właśnie ostatnich przypadkach wyniki były naogół lepsze.

W 1890 r. Luigi Carvi proponuje nawet w dużych wolnych wysiękach sączkowanie jamy brzusznej za pomocą dużego zgiętego trójgrańca, wkłótego w dwóch miejscach przez ścianę brzuszną. Przez sączek szklany, wprowadzony na miejsce trójgrańca, wypuszcza się co pewien czas (1 — 2 tygodnie) 500 — 1000 płynu; metodę tę Carvi radzi stosować w tych przypadkach, gdzie płyn zbiera się bardzo szybko.

Seganti na zjeździe chir. włoskich w r. 1896 jest zwolennikiem sposobu Carvi, to samo powtarza na zjeździe w 1898 r., gdy radzi wprowadzać dwa trójgrańce w podżębrza i przemywać jamę otrzewnej 40^0 — 41^0 roztworem soli.

W r. 1903 Mader radzi zamiast laparotomii nakłucie z możliwie dokładnem wypuszczeniem płynu, opatrunek uciskowy i ograniczenie pokarmów, aby utrudnić zbieranie się płynu.

W tymże czasie spotykamy wzmiankę Mosetig-Moorhofa o wpuszczeniu do jamy otrzewnej aseptycznego powietrza. Tworca tej metody tak silnie wierzy w jej zalety, że opisuje przypadek, gdzie otwarcie jamy brzusznej nie dało żadnego

wyniku, tymczasem wprowadzenie powietrza po powtórnem zebraniu się płynu wywołało uzdrowienie. Zaraz po pierwszym opisie spotykamy następne podobne, np. Nolen'a, Folet'a, Duran'a i innych.

W 1895 r. Condamin proponuje zamiast laparotomii wykonać otwarcie jamy otrzewnej od strony pochwy w sprawach gruźliczych, ograniczonych w miednicy małej, następnie usunąć schorzałe części i sączkować gazą jodoformową.

W r. 1898 Isnardi na XI zjeździe chir. włoskich opisuje swe doświadczenia, polegające na tem, że zwierzętom, po zaszczepieniu gruźlicy, wstrzykiwano do jamy otrzewnej silnie drażniące środki, jak np. ol. krotonowy lub terpentynę. Po pewnym czasie zwierzęta zabijano, przyczem okazało się, że otrzewna tych zwierząt była wolna od gruzełków, gdy zwierzęta, użyte do kontroli, miały objawy silnie wyrażonej gruźlicy. Ponieważ zaś jamy otrzewnej poprzednio nie otwierano, Isnardi przychodzi do wniosku, że nie tylko powietrze, lecz wszelkie podrażnienie mechaniczne wywiera wpływ zbawienny.

Już w r. 1890 Lauenstein przypisywał światłu słonecznemu działanie zabójcze na laseczniki gruźlicze, opierając się w tym względzie, jak sam mówi, na zdaniu Koch'a. W 12 lat później, bo w 1902 r. Porter wskrzesza zamarłą hypotezę Lauensteina, i radzi pozostawiać jamę brzuszną otworem podczas zabiegu przez 15 minut, pozatem – stosować promienie Röntgena i ultrafioletowe. Dodać jednak należy, że na tymże zjeździe chir. amerykańskich Porter nie znalazł ani jednego zwolennika dla swej metody.

W 1903 r. Mayo Robson proponuje zabieg wprawdzie nie nowy, lecz nadzwyczaj doszczętny. Mianowicie radzi zawsze usuwać doszczętnie schorzałe części, nie wahając się przed najrozleglejszemi nawet wycięciami; gdy nie można usunąć zbyt wielkiego odcinka kiszek, radzi wykonać zespolenie, i w ten sposób wyłączyć cały schorzały odcinek, aby dać mu możność dzięki spokojowi – zwalczenia zakażenia.

W tymże roku Dörfler radzi po cięciu brzucha nie zaszywać jamy brzusznej, aby można było stale usuwać zbierający się wysięk. Theilhaber, również w 1903 r. zaleca operacyę Talmy, w tem przeświadczeniu, że w niektórych przypadkach właściwie niema wysięku, lecz przesięk, gdyż guzy gruźlicze,

umiejscowione w pobliżu żyły wrotnej, wywołują uciśnięcie tejże. Jest to zatem operacya paliatywna, gdyż zdaniem samego autora na przebieg gruźliczy wpływu nie ma. Ciekawe, że już w r. 1887 r. Přibram również uważa zabieg operacyjny za czysto paliatywny. Do podobnych wniosków dochodzi również i Köppen.

Z tego zestawienia historycznego widzimy, że niema dotąd ustalonej metody operacyjnej, co nie jest dziwne, skoro wybór zabiegu zależnym jest od rozstrzygnięcia dwóch pytań, a mianowicie, po pierwsze, jak działa otwarcie jamy brzusznej na otrzewnę, powtóre, jak odbywa się sprawa zdrowienia. O tem jednak będzie mowa poniżej.

Jakbądź, przegląd piśmiennictwa przekonywa nas, że ze wszystkich proponowanych zabiegów, ostatecznie najwięcej zwolenników znalazło otwarcie jamy brzusznej.

Tutaj jednak istnieją dwa prądy: gdy jedni starają się usunąć ognisko pierwotne, o ile jest ono dla noża dostępne. inni zadawalniają się otwarciem jamy otrzewnej, dodając czasami pewne manipulacye. Do tych rękoczynów należy przedewszystkiem dokładne wybranie płynu, dalej wytarcie mocne otrzewnej wacikami lub gazą jodoformową, nakoniec przemycie otrzewnej.

Przecięcie zrostów stanowi już przejście do zabiegu doszczętnego — usunięcia schorzałego ogniska.

Na pozór, zwolennicy wszystkich tych zabiegów wychodzą z tego samego założenia, różnią się tylko stopniem swego radykalizmu. Zastanowiwszy się jednak, musimy przyjść do wniosku, że idzie tu o odmienne punkty wyjścia. Autorzy, którzy radzą tylko otwierać jamę otrzewnej, wierzą w leczniczy wpływ samego tylko nacięcia ściany brzusznej; ci którzy stosują rozmaite przemywania lub podrażnienia jamy otrzewnej, hołdują przekonaniu, że podrażnienie błony surowiczej czyni ją bardziej zdolną do zwyciężenia zarazka, uważają jednak, że wpływ powietrza, światła lub innego jeszcze nieznanego X. nie jest wystarczającym, to też radziby wesprzeć ten czynnik podrażnieniem mechanicznem lub chemicznem. Stronicy zluzowania lub przecięcia zrostów, mają na celu tylko udostępnienie jaknajwiększej części jamy otrzewnej, gdyż drugi motyw, mianowicie uniknięcie powikłań, niema tutaj dla nas znaczenia.

Jaka metoda jest najbardziej uzasadniona, bez względu na trudności techniczne i na możliwe powikłania, może rozstrzygnąć tylko rozwiązanie pytania, jaki wpływ wywiera otwarcie jamy brzusznej na otrzewną.

Pod tym względem niewiele posunęliśmy się dzisiaj naprzód. Niema chyba objaśnienia, któregoby nie przytaczano.

Już w 1885 r. Naumann wypowiedział zdanie, że podrażnienie otrzewnej wywołuje jej przekrwienie, jednocześnie zaś krew nabiera własności bakteryobójczych.

Heintze przypisuje znaczenie przywróceniu drożności naczyń chłonnych wskutek zmniejszenia ucisku po wypuszczeniu wysięku; dzięki temu otrzewna powraca do prawidłowej swej sprawności i bierze górę nad zarazkiem tembardziej, że wessanie staje się ułatwionem. Temuż zdaniu hołdują: Lindner, Aldibert, Ruggi i Rörsch. Prace doświadczalne wykazały jednak, że ucisk nie jest nigdy tak silny, by zniósł zupełnie wessanie, a z drugiej strony otrzewna nigdy nie jest do tego stopnia usiana gruzełkami, by znaczna część jej nie pozostała sprawna i zdolna do dyffuzyi.

Nakoniec przypuszczenie to wystawia na plan pierwszy czysto mechaniczną czynność otrzewnej w zwalczaniu choroby, na płyn otrzewnej zapatruje się, jak na przesięk.

Do tejże grupy autorów, którzy widzą w otwarciu jamy otrzewnej właściwie zabieg paliatywny, zaliczyć należy właściwych przeciwników operacyi, jak Jaffe, Borchgrewink i Friedländer; do nich należy również i Theilhaber, o którym była mowa wyżej.

Na podobnem stanowisku staje Köppen, który mówi, że jeżeli wysięk w gruźlicy otrzewnej, zawierający najczęściej zjadliwe części składowe, nie zakaża w dalszym ciągu tej błony surowiczej, następuje to dlatego, że ustrój, przezwyciężywszy zakażenie, staje się odporny na nowe najście zarazka; słowem, płyn otrzewnowy pod względem swych własności chorobotwórczych jest właściwie przesiękiem. Wpływ zaś operacyi polega na przywróceniu zdrowym skąd inąd częściom otrzewnej ich zdolności wessania nieszkodliwego teraz już płynu.

Wspomnieć należy również o Kocks'ie, który przypisuje główną rolę usunięciu wraz z płynem zawartego w nim włóknika (91 r.).

W r. 1888 Caspersohn pierwszy, zdaje się, uznaje wpływ zetknięcia się otrzewnej z powietrzem. Tegoż zdania są Mosetig-Moorhof, Nolen, Seganti i inni.

Już wtedy jednak zastanawiano się nad pytaniem, jaka składowa część powietrza posiada wpływ swoisty. Jeden z autorów wskazuje tlen, nigdzie jednak nie spotykałem wzmianki o wprowadzeniu tlenu do jamy otrzewnej.

W r. 1890 König, jako referent zjazdu chirurgów niemieckich, zastanawia się również nad wpływem laparotomii w leczeniu gruźlicy otrzewnej, nie dochodzi jednak do żadnych wniosków. König odmawia znaczenia zmianie ciśnienia, przypuszcza natomiast, że zrosty, jakie powstają po zabiegu, niszczą gruzełki. Nie jest to jednak objaśnienie, gdyż bliznowacenie gruzełków i rozwój tkanki łącznej są już objawem zdrowienia; skutek nie jest wszak przyczyną. To też König kończy swój referat szczerem wyznaniem, że stoimy wobec zagadki. Poglądy Königa o wpływie bliznowacenia powtarzają Hartmann, Firchau i inni.

W tymże roku 1890 Lauenstein pisze o leczącym wpływie światła; jak wiemy jedynie Porter wyrażał się z uznaniem o tej hypotezie.

W 1892 r. Langenbuch objaśnia wpływ laparotomii silnem podrażnieniem mechanicznem, wywołanem rękoczynami w otrzewnej.

Od r. 1896 widzimy już przemożny wpłym teoryi Bier'a. Od tej chwili przeważna większość autorów ma w przekrwieniu zastoinowem gotowe objaśnienie, przyczem różnice istnieją tylko w szczegółach. Do tych zwolenników teoryi Bier'a należą d'Urso, Nassauer i Hildebrandt, Bartz, Schramm, Weisswange, Reyburn i inni. W r. 1899 Hildebrant na zasadzie swych doświadczeń dochodzi do wniosku, że zastój bierny jest wynikiem porażenia kiszek w związku z rękoczynami w jamie otrzewnej. Tam, gdzie tego zastoju żylnego niema, wynik operacyjny nie jest pomyślny. Dlatego też Hildebrandt odradza podniecać ruchy robaczkowe kiszek roztworem soli.

Dla ścisłości, wspomnieć musimy i o tych autorach, którzy przyznają się do zupełnej nieświadomości co do mechanizmu działania pomyślnego laparotomii; tutaj, prócz Königa, należą: Conitzer, Jordan, Martens i Sims. Ten ostatni w 1907 r.

przychodzi do tegoż niepochlebnego dla siebie wniosku, do jakiego w 1890 r. doszedł König.

Streszczając się, powiemy, że istota działania zabiegu operacyjnego w gruźliczem zapaleniu otrzewnej pozostała dla nas ciemną, że jednak w ostatniem dziesięcioleciu najwięcej zwolenników znalazła teorya Bier'a.

Pierwsze objaśnienia spraw, zachodzących w otrzewnej, spotykamy już wkrótce po pierwszej laparotomii; mowa tutaj o bliznowaceniu. W latach 1893 i 94 zjawiają się pierwsze prace doświadczalne nad zwierzętami pióra Nannotti i Bacchiotti, Kiszeńskiego i Gatti. Wszyscy ci autorzy zaszczepili gruźlicę na otrzewną królików, psów lub świnek morskich i badali skrawki, zdobyte przy laparotomiach, które wykonywali co pewien przeciąg czasu, aby stwierdzić zmiany, zachodzące pod wpływem zabiegu operacyjnego. Jednocześnie takim samym badaniom podlegały zwierzęta, użyte do kontroli.

Wszyscy zgadzają się, że pod wpływem otwarcia jamy otrzewnej następuje rozwój tkanki łącznej dokoła gruzełka. Różnica polega na tem, że gdy Kiszenskij, a również Nannotti i Bacchiotti przypisują główną rolę fagocytozie, Gatti widział zwyrodnienie torbielowate gruzełków. W r. 1895 Nannotti i Bacchiotti dopełniają swe doświadczenia i dochodzą do następujących wniosków. Sprawa zdrowienia polega na zmniejszeniu żywotności laseczników i fagocytozie komórek nabłonkowatych, zwyrodnieniu komórek, tworzących gruzełek, nowotworzeniu naczyń i tkanki łącznej, nakoniec wessaniu.

Ten sam proces zachodzi w razie samowyleczenia, laparotomia jedynie go pobudza.

W 1897 r. Gatti opisuje dalsze swe doświadczenia, z których wynika, że rozwój tkanki łącznej i naczyń jest rzekomy, że proteiny wytworzone przez laseczniki wywołują przemiany wsteczne komórek nabłonkowych gruzełka, słowem, powtarza swe twierdzenie, że nie nacieczenie i bliznowacenie wywołuje zanik gruzełka, ale wsteczna przemiana torbielowata, widoczna zaś tkanka łączna i naczynia są podścieliskiem prawidłowem zaginionego gruzełka.

W r. 1896 d'Urso dokonał pewnego rodzaju badań doświadczalnych nad człowiekiem, gdyż z powodu wznawiającego się wysięku dokonał wciągu 9 miesięcy czterokrotnego cięcia

brzucha i za każdym razem badał skrawki otrzewnej. Wyniki badań d'Urso przemawiają na korzyść hypotezy Nannotti i Bacchiotti.

Ani Weisswange (1902), ani Schwartz (1902) nie dodali nic nowego. Jedynie Köppen na zasadzie swych doswiadczeń doszedł do wniosku, iż nie części otrzewnej, zajęte przez gruźlicę, grają rolę w zdrowieniu, ale części dotychczas sprawne, zdolne do wessania płynu, który utracił już swoją zjadliwość.

Przechodzimy teraz do danych statystycznych, które ostatecznie stanowić będą o wartości leczniczej tej lub owej drogi postępowania.

Po pierwsze, jaka jest śmiertelność, zależna bezpośrednio od zabiegu operacyjnego? Powtóre, jakim jest bezpośredni wynik operacyi, t. j. czy nastąpiła poprawa, gdyż o uleczeniu doszczętnem może być mowa dopiero po pewnym czasie?

Gdy jedni wymagają terminu pięcioletniego, jak dla nowotworów, inni maja daleko skromniejsze wymagania. Na ogół jednak w statystykach widzimy termin 1 — 2 letni, który wystarcza do uznania pacyenta za uzdrowionego. I my więc możemy podać dane statystyczne tylko w takiem zestawieniu, w jakiem znaleźliśmy je w piśmiennictwie.

Co się tyczy śmiertelności w zależnej od samej operacyi, źródła statystyczne są nader skąpe. Pierwszą statystykę, obejmującą 30 przypadków, podał Přibram w r. 1887. % śmiertelności równał się wtedy 6,3%.

W 3 lata później König zestawił 131 przypadkow, w tem 14 własnych, przyczem wynik śmiertelny, bezpośredni po zabiegu, ocenia na 3%.

Aldibert w 92 r. podaje wyniki 200 operacyi; w rok później Rörsch dopełnia statystykę Aldiberta do 350 przeszło przypadków, przyczem wynik śmiertelny notuje w 3,3%, 6,6% zaś śmierć nastąpiła wkrótce w bezpośrednim związku z powikłaniami pooperacyjnemi. Nakoniec w 96 r. na XI zjeździe chirurgów włoskich Margarucci mówi o 253 przypadkach, leczonych operacyjnie we Włoszech. I tutaj operacya kończyła się śmiercią w 2,75%, w 3,25% chorzy umierali od powikłań, zależnych od operacyi.

Widzimy więc, że wynik śmiertelny stanowi prawidło w 3%, nie licząc powikłań pooperacyjnych.

Drobniejszych statystyk nie przytaczam, gdyż albo opierają się na zbyt szczupłym materyale, albo też opisują wyniki pojedyńczej kliniki w ciągu lat kilkunastu, w ciągu których i technika operacyjna i wskazania do zabiegu ulegały znacznym zmianom.

Zebraliśmy jednak rozrzucone w piśmiennictwie opisy oddzielnych przypadków i drobniejsze statystyki. Włączając tutaj poprzednie dane, przekonaliśmy się, że na 1532 przypadki operacyjnie leczonej gruźlicy otrzewnej było zejść śmiertelnych, zależnych od operacyi, 54 czyli 3,4%.

Ciż sami autorzy podają wyniki bezpośrednie i odległe operacyi. Pod wyrazami „wynik bezpośredni" rozumieć należy stan zdrowia operowanego w okresie pooperacyjnym, najpóźniej jednak w ciągu roku, gdyż zaczynając od tego terminu, jeżeli nie nastąpi nawrót cierpienia, wielu autorów mniema, że nastąpiło zupełne uleczenie.

Jakkolwiek zapatrywać się będziemy na termin ostateczny w leczeniu gruźlicy otrzewnej, najlepiej wydaje się nam podać stan chorych w rok i dwa po operacyi, tam zaś, gdzie po 2 latach nawrotu nie było, uznamy operowanego za doszczętnie uleczonego.

König mówi, że ze 131 chorych wypisano w dobrym stanie 107; z nich jednak 23 było tylko z poprawą, a zatem pozostaje 84 = 65%. Ponieważ z tych 84 mniej niż dwa lata spostrzegano 53, a zatem uleczonych (ponad 2 lata) było 30 = 24%.

Ze statystyki Rörscha wynika, że z 354 operowanych, po ½ roku było zdrowych 118, po roku 79, po 2 latach 53, czyli wynik bezpośredni dodatni otrzymano w 70%, z nich jednak ostatecznie uleczonych było nie więcej ponad 20%; 30% ogólnej liczby zmarło przed upływem ½ roku bądź bezpośrednio od operacyi, bądź od powikłań pooperacyjnych gruźlicy ogólnej lub gruźliczego zapalenia opon mózgowych. Nakoniec Margarucci oblicza odsetkę bezpośredniej w zależności od operacyi poprawy na 84; z wyleczonych było 67 dłużej niż przez rok, a wielu po 3 — 6 lat bez wznowy. Jeżeli wszystkie te uzdrowienia przyjmiemy za ostateczne, to wypadnie 25% uleczeń.

Czy wszystkie postacie gruźlicy otrzewnej dają jednakie wyniki po leczeniu operacyjnem?

Na to pytanie autorzy wzmiankowanych statystyk dają

rozmaitą odpowiedź. König nie odróżnia postaci surowiczej gruźlicy od zlepnej.

Aldibert jednak, który na podstawie piśmiennictwa z ostatnich lat 30 podaje rozmaitą śmiertelność dla rozmaitych postaci gruźlicy otrzewnej, przychodzi do wniosku, że najlepsze rokowanie dla leczenia operacyjnego dają postacie surowicze otorbione, gdyż 100% wyleczeń u dzieci i 76,7% u dorosłych, potem wysiękowe rozlane przewlekłe, gdyż 93,8% resp. 71% wyleczeń u dorosłych, następnie podostre, mianowicie 83,4% u dzieci, u dorosłych zaś 50% wyleczeń.

Ceccherelli podaje dane, niezgodne z wnioskami Aldibert'a; podług niego najlepsze wyniki otrzymano w świeżym wysięku surowiczo-ropnym, następnie zaś w porzadku kolejnym idą postacie zlepne, czysto surowicze, ograniczone ogniska ropne, ograniczone surowicze, na ostatku rozlane ropne.

Od r. 1896 nie znalazłem większych statystyk. Poczynając od tegoż roku spotkałem opisy w dostępnem mi piśmiennictwie 50 przypadków gruźlicy otrzewnej, leczonych operacyjnie. Jedynie Halstedt na zjeździe amerykańskich chirurgów w roku 1902 opisuje przypadek śmierci u młodej kobiety bezpośrednio zależny od zabiegu.

Co się tyczy specyalnie dzieci, posiadamy kilka większych prac, poświęconych temu zagadnieniu. Tak w r. 1892 Aldibert i Hartman zebrali 48 przypadków otwarcia jamy brzusznej u dzieci, z których w 4,16% nastąpiła śmierć, w 95,84% poprawa. Zdrowych w rok po zabiegu było 28,25%. W 18 przypadkach znaleziono laseczniki gruźlicze, z nich 2 było uleczonych po roku, 3 po 1½ roku i jeden po 2 latach, z czego wynika, że w gruźlicy otrzewnej niewątpliwe laparotomia dała 33% uleczeń.

Jaffé również stwierdza, że wyniki operacyi są znacznie lepsze u dzieci, niż u dorosłych, co objaśnia tem, że u ostatnich znacznie rzadziej spotykamy pierwotną gruźlicę otrzewnej.

W 1903 roku Schram, bezwzględny zwolennik operacyi u dzieci, mówi, na zasadzie 45 przypadków, że najlepsze rokowania dają tu postacie wysiękowe. W tej ostatniej, a zarówno w zlepnej, wystarcza zwyczajne otwarcie jamy otrzewnej, we wrzodziejącej jednak należy sączkować tą ostatnią.

PIŚMIENNICTWO.

Streszczenie powyższe opiera się na następujących pracach.

1. A. Pribram. Prager Med. Woch. 1887. № 35.
2. Warker. Journ. of the Anc. med. Ass. 1887. Vol. IX. № 19.
3. Grossich. Pester med.-chir. Presse 1888. № 33
4. Heintze. In. Diss. Breslau. 1888.
5. Ceccherelli. Kongres chir. włos. Bologna 16—18 IV. 1899.
6. Spaeth. Deut. M. Woch. 1889. № 20.
7. Largeau. Bull. med. de Chir. de Paris. T. XIV p. 816.
8. Vierordt. 62 Versam. Naturforscher u. Aerzte 1889.
9 Czerny. Beiträge zur klin. Chir. Bd. VI. Hft 1.
10. Demons, Liblé. IV Kongres chir. franc. 1889. Rev. de Chir. № 11.
11. Konig. Zentr. f. Ghir. 1890. str. 657.
12. Lauenstein. Zentr. f. Chir. 1890, str. 793.
13 Caspersohn. Mitt. f. d. Verein. Schlesw.-Holst. Aerzte. 11 Hft. 8 1888 April.
14. Münstermann. Diss. München. 1890.
15 Carvi. Rif. Med. 1890. 30 — 31 X.
16. Preindlsberger. Wien. Klin. Woch. 1890, p. 713.
17. Pic. Oddzielna praca.
18. Terillon. B. et. m. de Chir. de P. T. XVI, p. 469.
19. Schmitz. St. Peters. med. Woch. 1891. № 1.
20. Edebohls. Gin. Transactions. 1891. Vol. XVI.
21. Lindner. D. med. Woch. 1892. № 6.
22. Helmrich. Oddzielna praca. Basel, 1892.
23. Kocks. VI Kongres ginekologów. 1891.
24. Lindner (21). D. Zeitschr. f. Chir. Bd. XXXIV, p. 448.
25. Aldibert. Gazette hebd. de med. et chir. 1892. № 19.
26. Hartman et Aldibert (25). Annales de gynecologie. 1892. Juin. P. 406.
27. Cecherelli (5). Rif. med. 1892. August 11- 13.
28. Aldibert (25). These de Paris. 1892.
29. Sick. Hamburg. 1790.
30. Nannotti et Baciocchi. Rif. Med. 1893. Juin. 21.
31. Mader. Wien. Klin. Woch. 1893. № 3.
32. Mosetig-Moorhof. Wien. Med. Presse. 1893. № 27.
33. Nolen. Berl. Klin. Woch. 1893. № 34.
34. Kischenski. (Chirurgiczeskij annal. 1893 p. 595).
35. Conitzer. Deutsch. Med. Woch. 1893. № 29.
36. Le Dentu. B. et mem. de Chir. de Paris. T. XIX, p. 205.
37. Rörsch. Rev. de Chir. 1893. № 7.
38. Piqué i Orillard. B. et mem. de Chir. de Paris. T. XIX p. 354.
39. Schmidt-Monard. Münch. Med. Woch. 1893. № 49.

40. Gatti Riff. Med. 1894. № 53 i 54.
41. Condamin. Prov. med. 1895. № 21.
42. Israel. Fr. Ver. Chir. Berlins. 11/XI 1895. Dyskusya: Lindner, Sonenberg.
43. Mazzoni. X Kongres chir. włoskich. Roma 26—29 X. 1895.
44. Roth. B. zur klin. Chir. Bd. XV. Hft. 3.
45. Margarucci. XI Kongres. Roma. 29 — 29 X. 1896. Dyskusya: Ruggi, Seganti, Muscatello.
46. Scheur. Festschrift S'Hedwig Krankenhauses.
47. Nauman. Monografia (szwed.) 1896.
48. Condamin (41). Arch. prov. de Chir. T. V. p. 691.
49. Gatti (40). Arch. f. Klin. Chir. Bd. LIII. Hft. 3 i 4.
50. Margarucci (45). Morgagni. 1897. str. 52.
51. Warnek. Chirurgia. 1896. p. 58.
52. d'Urso. Policlinico. 1896. IV — VI.
53. Nelaton. B. et mem. de Chir. de Paris. T. XXII. p. 559.
54. Wikerhauser. Liecnicki viestnik. 1897. № 8.
55. Duran. Chirurgia. 1897. str. 284.
56. Nassauer. Münch. Med. Woch. 1898. № 16 i 17.
57. Firchau. Diss. 1898.
58. Jaffé. Sam. klin. Vorträge. № 211.
59. XIII Kongres Włoski: Isnardi, Seganti (45).
60. Hildebrandt. Münch. Med. Woch. 1898. № 52 i 52.
61. Helbing. Freie. Ver. Chir. Berlins. 12/VI 1899.
62. Estein. Zeitschrift f. prakt. Aerzte. 1899. № 9—11.
63. Deppe. Diss. 1899.
64. Herzfeld. Mitt. aus d. Grenzgebieten. Bd. V. Hft. 2.
65 Byford. Annales of Surg. 1899. September.
66. Mandaire et Algave. Bull. et mem. de la Société anatom. de Paris.
67. Capel. Deutsche Med. Woch. 1900. № 37.
68. Bartz. Versam. deutsch. Naturforscher und Aerzte. 16/22 IX. 1900
69. Galvani. XIII kongres w Paryżu. 2—9 VIII. 1900.
70. Löblein. Deutsch. Med. Woch. 1900. № 39.
71. Ochler. Münch. Med. Woch. 1900. № 52.
72. Martens. Charité-annalen. Jahrgang XXV, p. 250.
73. Borchgrevink. Oddzielna praca. 1901.
74. Lauper. D. Zeitung f. Chirurgie. Bd. LIX p. 281.
75. Rose. Mitt. aus den Grenzgebieten. Bd. VIII. Hft. 1 i 2.
76. Borchgrevink. Mitt. aus den Grenzgebieten. Bd. VI. Hft. 3.
77. Rose. Freie Vereinigung der Chir. Berlins. II/X 1901.
78. Romani. Malpighi. 1901. № 18 i 19.
79. Watt. Glasgow med. Journal. 1901. October.
80. Kissel. v. Langenbeck's Archiv. Bd. LXV. Hft. 2.
81. Eisendrath. An. of Surgery. 1901. XII.
82. Fenger. An. of Surgery. 1901. XII.
83. Weisswange. Münch. Med. Woch. 1902. № 28.

84 Thoenes. Mitt. aus d. Hamburger Staatskrankenanstallt. Bd. III. Hft. 3.
85. Shattuck. Amer. journ. of the med. sciences. 1902 — VII.
86. Porter. Jour. of amer. assoc. 1902. IX.
Idem: Ransohoff, Halstead, Ochsner, Fergusson, Reyburn, Rufus, Gibbons.
87. Schramm. XII Kongres chir. polskich. 1902.
88. Schwarz. Rivista veneta di science med. Venezia. 1902.
89. Gołubin. Prakticzeskij wracz. 1903. № 46 i 46.
90. Mayo Robson. Trans. of the clin. ass. of. London. 1902. Vol. XXXV. p. 58.
91. Rotch. 53 Kongres ameryk. chir. Idem: Dodson.
92. Borchgrevink. Deut. Med. Woch. 1903. № 3.
93. Dörfler. Praca oddzielna. Tübingen 1902.
94. Theilhaber. Tübingen. 1902.
95. Köppen. v. Langenbeck's Arch. Bd. LXX. Hft. 3.
96. Friedländer. v. Langenbeck's Arch. Bd. LXX. Hft. 1.
97. Lücke. Berl. klin. Woch. 1903. № 18.
98. Ochsner. 24 Kongres chir. amer. 1903.
99. Thoenes. 75 Versammlung d. Natur. und Aerzte.
100. Thoenes. D. Zeitschrift für Chir. Bd. LXX p. 505.
101. Pels-Leusden. Frei. Ver. der Chir. Berlins. 8/II 1904.
102. Claude. Revue de tuberculose. 1904 p. 445.
103. Swain. Bristol med.-chir. journ. 1904 - - III.
104. Anderson. Glasgow med. journ. 1905 — V.
105. Sandler. Lancet. 1905 — 29/VII.
106. Commins. Univ. of Pensilvania med. bull. 1905 — XII.
107. Büdinger. Wien. Med. Presse. 1906. № 9 i 9.
108. Macartney. Glazgow med. journal. 1906 str. 321.
109. Cooper. Ann. of. Surgery. 1906. Hft. 2.
110. Gurthrie. Practitioner. 1906—V.
111. Poroszin. Ruskij chir. archiw. 1906.
112. Moty. Arch. de pharm. et med. militaires. 1907 — V.
113. Syms. Ann. of. Surgery. 1907—VII.

STRESZCZENIA POJEDYŃCZE.

I. CHIRURGIA.

Kolaczek. *O leczeniu spraw ropnych za pomocą surowicy przeciwzaczynowej.*

Badania czasów ostatnich dowiodły niezbicie, że ustrój ludzki w walce z zakażeniem drobnoustrojowem rozporządza bronią potężną, a tą jest zapalenie i przekrwienie.

Dalej nauka o odporności poucza nas, że zakażenie ustroju sprzyja powstawaniu zupełnie nowych, w prawidłowych warunkach nie istniejących środków ochronnych, jak antytoksyny, aglutyniny i t. p. Na tym gruncie rozwinęły się szczepienia ochronne i lecznicze. Od tych swoistych substancyi ochronnych, albo t. zw. niweczników należy odróżniać naturalną wytrzymałość ustroju, zależną od całkiem innych czynników. Podczas, kiedy odporność swoista polega na wytwarzaniu się pewnych określonych niweczników, z chwilą wtargnięcia do ustroju tych lub innych zarazków chorobotwórczych, niweczników zdolnych przeciwdziałać właśnie tym zarazkom albo ich wytworom, wytrzymałość naturalna istnieje już przed wtargnięciem zarazków, chociaż natężenie jej względem rozmaitych rodzajów drobnoustrojów i u rozmaitych osobników nie jest jednakowe. Jakkolwiek owe naturalne substancye ochronne nie posiadają tej siły, co swoiste, jednakże wyższość ich polega na stałej obecności w ustroju, tak że wrazie niebezpieczeństwa ciała te w każdej chwili spełniać mogą względem niego swój obowiązek. W największej ilości spotykamy je we krwi i dla tego krew uważać należy za najpotężniejszy czynnik ochronny ustroju. Z części składowych krwi główną rolę w obronie ustroju odgrywają białe ciałka krwi i surowica. Białe ciałka krwi mają, jak wiadomo, ścisły związek z fagocytozą Miecznikowa, w surowicy zaś Buchner wykrył drobnoustrojobójcze ciała ochronne t. zw. aleksyny, które Ehrlich nazywa komplementami.

Jednakże badania najnowsze wykazały, że oba czynniki ochronne, zarówno fagocyty, jak i aleksyny, jako takie, pozbawione są własności drobnoustrojobójczych, które rozwijają się

dopiero dzięki substancyom pośrednim. Mianowicie fagocyty pracują jedynie w obecności t. zw. opsonin Wrighta, aleksyny zaś, lub komplementy — wymagają do tego t. zw. amboceptorów Ehrlicha. Oba te ciała pośrednie znajdujemy w zdrowej ludzkiej surowicy krwi, która tym sposobem zawiera trzy naturalne substancye ochronne, mianowicie: aleksyny, opsoniny i amboceptory.

Kiedy mowa o naturalnych środkach ochronnych ustroju, należy wziąć pod uwagę nie tylko te, które zwracają się przeciwko zarazkom chorobotwórczym oraz ich toksynom, ale i te, które występują do czynu podczas całego trwania sprawy chorobowej.

Po każdej walce ustroju z zarazkami pole bitwy zalegają trupy, które należy usunąć. Część tej pracy biorę na się żywe leukocyty, ale większość martwych drobnoustrojów, leukocytów, tkanek zgorzelinowych, zostaje usuniętą drogą t. zw. proteolizy, czyli strawienia białka. Proteoliza polega na zamianie nierozpuszczalnych substancyi białkowych w rozpuszczalne — albumozy i peptony. Zamiana ta odbywa się za pośrednictwem dwóch substancyi, o własnościach wręcz przeciwnych; pierwsza z nich to t. zw. zaczyn trawiący białko, powstający wraz z obumieraniem leukocytów, druga to przeciwzaczyn. Co do zaczynu trawiącego białko (proteolitycznego), zpoczątku sądzono, że znajduje się on tylko po śmierci, później dopiero Hofmeister dowiódł, że odgrywa on ważną rolę i za życia ustroju, znajdując w ropie ludzkiej strawione białko, mianowicie peptony. Dalej przekonano się, że nawet ropa bezgnilna rozpuszcza w probówce w ciepłocie 25°C. włóknik i żelatynę. Nauka o trawieniu białka rozwija się w ostatnich czasach bardzo szybko, dzięki pracom Müllera, Jochmanna i autora o znaczeniu zaczynu trawiącego białko w fizyologii i patologii.

Obok zaczynu proteolitycznego znajduje się w surowicy ludzkiej przeciwzaczyn, który w pewnej ilości znosi działanie zaczynu.

W miarę bliższego poznawania wymienionych wyżej ciał ochronnych naturalnych, starano się wyzyskać ich własności w celach leczniczych.

Przedewszystkiem więc próbowano walczyć z zakażeniem drogą wywoływania sztucznej leukocytozy. Tak Landerer, wstrzykując do żył kwas cynamonowy, starał się wywołać leukocytozę i w ten sposób leczyć gruźlicę. Na tej samej zasadzie opierają się doświadczenia Mikulicza z nukleiną, mając na celu przez wywołanie leukocytozy uodpornić otrzewną.

Co się tyczy sztucznego wzmożenia naturalnych substancyi ochronnych surowicy krwi drogą zwiększonego jej dopływu, to osiągnąć je można w sposób dwojaki. Pierwszy z nich — to wstrzykiwanie surowicy do ogniska zapalnego, drugi — to

wywołanie miejscowego przekrwienia. To ostatnie miał na celu Salzwedel, stosując okłady z wyskoku, przedewszystkiem zaś Bier, który opierał się na doświadczeniach Noetzela nad drobnoustrojobójczemi własnościami krwi zastojowej. Wogóle zauważyć należy, że nowoczesne badanie wzmożenia naturalnych sił ochronnych ustroju objaśnia nam działanie całego szeregu oddawna zalecanych sposobów leczniczych. Pod tym względem najbardziej zajmujących danych dostarcza historya leczenia ropni opadowych jodoformem.

Jak wiadomo, doskonałe wyniki tej metody starano się objaśnić drobnoustrojobójczym wpływem jodoformu na laseczniki gruźlicze. Tymczasem doświadczenia Baumgartena i Rovsinga wykazały, że jodoform nie tylko nie zabija laseczników gruźliczych, ale nawet w hodowlach nie powstrzymuje ich rozwoju. Dalsze badania dowiodły, że wstrzyknięcie jodoformu do ropnia zimnego wywołuje wzmożony dopływ leukocytów do ściany ropnia; leukocyty rozpadają się i tworzą zaczyny, rozpuszające białkowe substancye zawartości ropnia. W ten sposób ta ostatnia ulega wchłonieniu. Ropa opadowa, nie poddana działaniu jodoformu, jest pozbawiona całkowicie zaczynów trawiących białko. W ropniach gruźliczych zamkniętych, nie leczonych, brak zaczynów peptonizujących; ale i nie traktowana jodoformem ropa opadowa może nabrać własności trawiennych wrazie zakażenia mięszanego, jak to widzimy w przypadkach gruczołów chłonnych zropiałych z przetokami. Dalej trawienie białka występuje w ropie zimnej pod wpływem jodoformu. O ile ropę gruźliczą poddajemy równocześnie działaniu jodoformu i zakażenia mięszanego, trawiące jej własności w niczem nie będą się różniły od własności zwykłej ropy. I dlatego to jodoform zajmuje śród metod, wzmagających naturalną wytrzymałość ustroju — stanowisko tak poczesne, że skutecznie uruchamia jej siły, mianowicie leukocyty i zaczyny proteolityczne, wyznaczając im ważną rolę leczniczą.

Porównywając działanie ropy zimnej z zawartością ropni ostrych, autor stale przekonywał sję o zupełnym braku proteolizy w ropniach opadowych.

Ta ostatnia występuje dopiero pod wpływem jodoformu, albo zakażenia mięszanego, czyli że wówczas ropień zimny zamienia się w gorący. Znamienną rzeczą jest tu analogiczny wpływ jodoformu i zakażenia mięszanego.

Rozważając istotę wszystkich tych zjawisk opisanych, Kolaczek i Müller zadali sobie pytanie, czy nie możnaby na tej drodze z ropnia gorącego zrobić zimnego? W leczeniu ropni opadowych przeważa przekłucie, a nacięcie uważane jest nieledwie za błąd. Natomiast co do ropni ostrych dotychczas

przeważa zasada: ubi pus, ibi incide, a nakłucie uważane bywa jako bezcelowe.

To wszystko skłoniło autorów do stworzenia nowych podstaw w leczeniu zamkniętych spraw ropnych. Zasady te postaramy się streścić w szkicu poniższym.

Na wtargnięcie zarazków ropotwórczych ustrój odpowiada zapaleniem, które najczęściej przebiega pod postacią ropienia. Ropienie oznacza zawsze miejscową porażkę ustroju, ale chroni go częstokroć przed zakażeniem ogólnem. W przypadkach pomyślnych czynność obronna ogranicza się do nacieczenia i obrzęku zapalnego; tę własność ustroju stara się wyzyskać Bier, stosując swoje przekrwienie sztuczne.

Ropienie cechuje przedewszystkiem szybki rozpad tkanek. Co jest przyczyną tego szybkiego rozpadu, tego rozpuszczania substancyi białkowych tkanek ludzkich?

Dzisiaj nie ulega już wątpliwości, że jest nią obecność t. zw. zaczynu trawiącego białko, który powstaje jako wytwór rozpadu lenkocytów wielojądrowych. Tu zauważyć musimy, że te własności peptonizujące posiada i ropa jałowa np. z ropniaka jajowodu albo odkażona przez działanie wysokiej ciepłoty.

Duże ropnie kryją w sobie rozmaite niebezpieczeństwa dla ustroju. Pomijając już upośledzenie sprawności czynnościowej np. stawów, ścięgien i t. d., ustrojowi dotkniętemu ropieniem ograniczonem grozi zakażenie narządów wewnętrznych oraz zakażenie ogólne, albowiem błona ropotwórcza, jak wiemy, nie zawsze stanowi tamę skuteczną przeciwko wtargnięciu zawartości ropnia do tkanek i narządów przyległych. Dlatego też ropień nawet ograniczony stanowi zawsze dla ustroju poważne niebezpieczeństwo i to nie tylko ze względu na zawarte w nim drobnoustroje. Dzięki zdolności trawiennej zawartości ropnia wytwarzają się rozmaite trujące wytwory przemiany materyi, które klinicznie objawiają się w postaci gorączki. Proteoliza rozpadających się komórek tkankowych i leukocytów rozkłada białka, a produkty tego rozpadu w postaci albumoz i peptonów zatruwają ustrój. Wprawdzie taki rozpad tkanek i leukocytów odbywa się stale w ustroju, np. w śledzionie; ale w warunkach prawidłowych ustrój potrafi bronić się skutecznie przeciwko wytworom tego rozpadu. Tymczasem w razie wzmożonego rozpadu leukocytów, jak to ma miejsce w ropniu, środki obronne mogą zawieść. To samo spostrzegamy np. po naświetlaniu śledziony w białaczce promieniami Rentgena: występuje tu częstokroć gorączka, a w moczu ciała purynowe, jako produkty rozpadu leukocytów wielojądrowych. Również i gorączkę charłaczą w przebiegu nowotworów złośliwych objaśnić można rozpadem ciał białkowych i osłabieniem czynności substancyi ochronnych.

Widzimy tedy, że w ognisku ropnem tkwi dla ustroju źródło poważnego niebezpieczeństwa. Streszczając się, powiemy, że to ostatnie kryje się przedewszystkiem w rozpadzie tkanek, w poważnych zaburzeniach czynnościowych, dalej w możliwości wtargnięcia ropy do ważnych organów, jak płuca, opony mózgowe, otrzewna, wreszcie—w ogólnem zatruciu ustroju produktami rozpadu ciał białkowych i w upadku wszystkich sił jego.

Za jedyny środek uchronienia ustroju od zgubnych skutków ropienia uważano dotychczas opróżnienie ropnia. O ile tedy opróżnienie to nie nastąpi samorzutnie na zewnątrz, albo do kiszki, pęcherza m. i t. d., stosowano do niedawna zasadę: jaknajrozleglejsze otworzenie ogniska. Dopiero Bier ograniczył długość cięć, wprowadzając jednocześnie swoją metodę przekrwienia zastoinowego i baniek ssących.

Nie ulega wątpliwości, że nacięcie ropnia ostrego wywiera na ustrój wpływ dodatni.

Przedewszystkiem usuwa się trującą zawartość ropnia, dalej ustaje rozpad tkanek, a żywa ziarnina w szybkiem tempie wypełnia ranę. Ostatecznie więc następuje zagojenie, przyznać jednak trzeba, że postępowanie dotychczasowe ma w sobie coś brutalnego, a w dodatku zagojenie wymaga częstokroć dłuższego czasu, nie mówiąc już o ujemnym wpływie dużych i głębokich blizn na czynności członków i narządów. Zachodzi przeto pytanie, czy do ropni ostrych nie dałaby się zastosować z powodzeniem metoda, do której uciekamy się w leczeniu ropni opadowych, mianowicie przekłucie? Dotychczas nauka zawsze odpowiadała: nie! nakłucie ropnia jest nie wystarczające. Zdaje się jednak, że nie wyzyskiwała ona wszystkich naturalnych środków obronnych ustroju, pozostawiając gojenie osłabionemu chorobą ustrojowi. Wobec tego warto zastanowić się, czy nie dałoby się sztucznie powiększyć natężenia tych substancyi ochronnych ustroju.

Teoretycznie rzecz biorąc, prowadzą do tego celu rozmaite drogi.

Po pierwsze — zmniejszenie liczby leukocytów w ropniu, dzięki takiemu postępowaniu powinno zmniejszyć się rozpadanie się ich i ustać wchłanianie wytworów tego rozpadu. Osłabiając wszakże działanie proteolizy przez zmniejszenie liczby leukocytów, pozbawilibyśmy ustrój głównego środka walki z drobnoustrojami, których zgubny wpływ niechybnie odbiłby się ujemnie na ustroju. Wobec tego zmniejszenie liczby leukocytów już z punktu widzenia teoretycznego nie jest pożądane.

Zastanówmy się nad drugą możliwością, nad wzmożeniem leukocytozy w ropniu. Tą ostatnią moglibyśmy osięgnąć, wstrzykując do ropnia np. jodoform, który, jak wiadomo, sprawia nieomal cuda w leczeniu ropni zimnych. Jednakże warunki są tu

krańcowo odmienne. Podczas gdy w ropniu zimnym brak leukocytów i zaczynu trawiącego białko, któryby strawił białkową zawartość ropnia i ułatwił wchłanianie jej, ropień ostry zawiera taką masę leukocytów i tyle wolnego zaczynu, że każde wzmożenie leukocytozy zwiększyłoby jeszcze niepotrzebnie proteolizę i zatrucie ustroju wytworami rozpadu białka. W dodatku wiadomo, że jedynie żywe leukocyty mogą walczyć skutecznie z drobnoustrojami, a wprowadzone do ropnia świeże leukocyty giną bardzo szybko w przesyconej wytworami rozpadu zawartości i stają się niezdolnymi do walki.

Tak więc widzimy, ze zarówno zmniejszenie, jak i powiększenie liczby leukocytów nie przynosi korzyści ustrojowi.

Zwróćmy się teraz do surowicy krwi, która, jak się już wyżej rzekło, zawiera stale t. zw. przeciwzaczyn, znoszący działanie zaczynu proteolitycznego, ograniczający zatem trawienie białka. Zwiększając dopływ surowicy do ropnia, powiększamy tem samem ilość przeciwzaczynu.

Cóż osiągamy na tej drodze?

Od chwili zobojętnienia zaczynu proteolitycznego przez przeciwzaczyn surowicy, rozpad tkanek w ropniu powinien ustać. Jeżeli nam uda się utrzymać przewagę przeciwzaczynu, wówczas potrafimy uratować tkanki, które, być może, już niebawem uległyby rozpadowi.

Wprowadzając tedy do ropnia dużo przeciwzaczynu, ograniczamy rozpad zarówno tkanek stałych, jak i leukocytów i zapobiegamy wchłanianiu trujących wytworów tego rozpadu. Równocześnie z ustaniem rozpadu białka, ustaje gorączka i wyczerpanie ustroju. Postępowanie powyższe mogłoby spotkać się z zarzutem, że, osłabiając działanie leukocytów, pozbawiamy ustrój potężnego czynnika w walce z samymi drobnoustrojami. Tak wszakże nie jest, ponieważ przeciwzaczyn ogranicza jedynie działalność zaczynu trawiącego białko, który jest wytworem martwych już leukocytów. Równocześnie, wraz z zobojętnieniem zaczynu proteolitycznego, szkodliwego dla żywych leukocytów, działalność tych ostatnich na drobnoustroje znacznie się wzmaga.

Co się tyczy zarzutu, że surowica krwi mogłaby stanowić pomyślne podłoże dla dalszego rozwoju drobnoustrojów, to wiadomo, że tylko surowica nagrzana do 70—90° i pozbawiona w ten sposób niweczników nabiera własności dobrego podłoża. Świeża zaś surowica hamuje rozwój drobnoustrojów a niektóre z nich wprost zabija, tą własność zawdzięcza ona wspomnianym już wyżej aleksynom Buchnera lub komplementom Ehrlicha, które dopiero w obecności t. zw. amboceptorów rozwijają swoją drobnoustrojobójczą działalność.

Ale na tem nie kończy się rola surowicy. Z badań lat ostatnich wiemy, że zawiera ona w sobie ciała, zwane przez

Wright'a opsoninami. Te opsoniny ułatwiają fagocytom wchłanianie drobnoustrojów, czyniąc je niejako smaczniejszymi i w tej roli działają analogicznie z amboceptorami względem komplementów.

Ponieważ przypuszczać należy, że w ropie ostrej opsoniny giną, przeto dopływ świeżej surowicy wraz z odpowiednią ilością opsonin bezwarunkowo powinien ułatwić pracę fagocytom, pozostałym jeszcze przy życiu.

Streszczając to, co się powiedziało o wpływie świeżej surowicy na ropień, dochodzimy do wniosków następujących.

Surowica nie tylko powstrzymuje szkodliwą dla ustroju proteolizę, ale wprowadza do ogniska ropnego świeże, żywe leukocyty, opsoniny, komplementy i amboceptory. Słowem do walki z zarazkami chorobotwórczymi stają najskuteczniejsze i najczynniejsze środki ochronne ustroju.

Przechodząc z kolei do strony praktycznej zajmującej nas sprawy, zaznaczamy, że przedewszystkiem należy opróżnić zawartość ropnia, która ze względu na masę wytworów rozpadu zawsze jest szkodliwa. W tym celu przekluwa się ropień grubą igłą i wyciąga zawartości tegoż. Następnie jamę ropnia przemywa się fizyologicznym roztworem soli kuchennej, albo już samą surowicą przeciwzaczynową.

Co się tyczy źródła, z którego czerpiemy surowicę, to nadawałaby się do tego surowica krwi, otrzymana przez cięcie żyły od samego chorego, albo od innego człowieka. Jednakże leczenie surowicą wymaga zazwyczaj większych jej ilości i dlatego praktyczniej jest czerpać ją z większych zbiorników. Do tych należy jama brzuszna chorych na marskość wątroby i niewyrownane wady serca, dalej — wodniak pochwy jądrowej. Zawarte w tych jamach płyny są zazwyczaj jałowe i doskonale nadają się do celów leczniczych.

Zawartość przeciwzaczynu nie jest jednakowa w rozmaitych surowicach i dlatego należy przed użyciem surowicy wyprobować jej siłę laboratoryjnie.

Co się tyczy ilości surowicy, jaką należy wstrzykiwać do ropnia. biorąc na ogół, należy wlewać jej jaknajwięcej. Ponieważ bowiem przeciwzaczynowa własność pewnej ilości surowicy jest mniej więcej pięć razy słabsza od siły zaczynowej tej samej ilości ropy, przeto, stosując surowicę w zbyt małych ilościach, narażamy chorego na niecałkowite zobojętnienie zaczynu.

Surowica działa tylko przez bezpośrednie zetknięcie się ze ścianą ropnia.

Jak często należy powtarzać wstrzykiwanie? Zależy to od wielkości ropnia. Jeżeli zawartość ropnia nie przenosi 5 — 10 ctm. sz., wystarczy zazwyczaj wypełnić go dwa razy surowicą. Wogóle doświadczenie osobiste będzie tu zawsze najlepszym

doradcą, a natężenie objawów zapalnych najpewniejszą miarą w stosowaniu środka swoistego.

Na zakończenie pracy swojej autor zadaje sobie pytanie, czy wypracowana przezeń metoda nie sprzeciwia się prawom fizyologicznym. Chcąc znaleźć na nie odpowiedź, trzeba przyjrzeć się bliżej przebiegowi ropni, nie otwartych sztucznie i nie uległych samoistnemu pęknięciu. Otóż, biorąc naogół, zamknięte ognisko ropne, pozostawione samemu sobie, rzadko kiedy goi się samorzutnie, w ten mianowicie sposób, że zawartość płynna ulega wchłonieniu lub zgęszczeniu, poczem dzięki rozrostowi tkanki łącznej tworzy się mocna blizna. Jednakże taka organizacya ropnia nie zawsze bywa zupełna, a wtedy w pośrodku pozostaje maleńkie ognisko ropne, które w końcu ulega zwapnieniu. Bywa wszakże i tak, że sprawa bierze inny obrót, mianowicie, że ropa powoli zamienia się w surowicę. Dotyczy to zwłaszcza ropienia w jamie brzusznej. Analogiczne zjawisko spostrzega się niekiedy w przypadkach operowanych z powodu ropnego zapalenia otrzewnej, gdzie po przepłukaniu gruntownem jamy otrzewnej i przesączkowaniu jej od tyłu i od strony dołu Douglasa, jamę brzuszną zamykamy całkowicie. Wówczas wrazie pomyślnego przebiegu dalszego, już po upływie 24 godzin częstokroć ustaje wydzielanie się ropy ze sączków, a natomiast zaczyna ukazywać się płyn surowiczy, co jest dowodem energicznego odczynu ustroju w kierunku zwalczania pozostałych w jamie brzusznej drobnoustrojów i zaczynów. To samo ma na celu sztuczny dopływ surowicy, z tą różnicą, że nie potrzebujemy tu uciekać się do sił ustroju wyczerpanego chorobą. Autor jest przekonany, że nie jeden przypadek zapalenia otrzewnej, w którym przepłukiwanie nie przyniosło korzyści oczekiwanej, zakończyłby się pomyślnie pod wpływem surowicy, dostarczanej z zewnątrz osłabionemu ustrojowi.

Ta analogia pomiędzy metodą autora a przebiegiem zapalenia otrzewnej po operacyi opisanej wyżej, utrwala go w przekonaniu, że wyzyskanie przeciwzaczynowych własności surowicy w zupełności odpowiada fizyologicznemu dążeniu ustroju do odparcia na tej właśnie drodze grożącego mu nieprzyjaciela. Wprowadzane z zewnątrz do ustroju środki ochronne uważane być muszą w tych razach za poważną podporę naturalnych a wyczerpanych sił jego.

(Beitr. z. Klin. Chir. T. 61. Z. I).

A. WERTHEIM.

Woithe. *Badania bakteryologiczne w sprawie struny (katgutu).*

Prace Kühna, dotyczące wyrobu struny, mogły osłabić wogóle wiarę w jałowość tegoż. Kühn bowiem przedstawił

w bardzo czarnych kolorach wyrabianie struny i domaga się państwowego nadzoru nad wyrobem katgutu, dalej impregnowania nitek przed skręcaniem — jodem lub srebrem i wyrabiania jałowego. W. z polecenia rządu wykonał badania nad tą sprawą w fabrykach berlińskich i doszedł do nieco innego przekonania, które daje streścić się następująco.

1) Dotychczasowy sposób wyrabiania struny np. w fabryce Wiesnera jest zupełnie odpowiednie i struna ta nie zawiera w sobie drobnoustrojów chorobotwórczych.

2) Aseptyka w wyrobie struny w fabrykach jest niemożebną do przeprowadzenia, natomiast więcej uwzględniać należy antyseptykę, zwłaszcza należy dodawać silniejsze środki odkażające do t. zw. płynów konserwujących.

3) Inpregnowanie nitek jodem lub srebrem jest zbyteczne, niszczy bowiem materyał, szkodzi zdrowiu robotników, zwiększa niepotrzebnie cenę strun a jest o tyle zbyteczne, że odkażanie sposobem jodowym Claudiusa jest zupełnie pewne.

4) Do wyrobu struny używać należy jedynie kiszek świeżych, a nie suszonych, i to zwierząt, za zdrowe przez weterynarzy uznanych. Do wyrobu używać należy jedynie kiszek rozciętych, a nie w całości.

5) Fabryki strun chirurgicznych powinny być oddzielone od fabryk strun muzycznych, robotnicy powinni być inteligentni, pouczeni o wartości zadania i hygienie i zmieniać odzienie przy pracy na ubranie czyste płócienne.

6) Nitek gotowych nie należy otłuszczać, bo to przeszkadza działaniu jodu.

7) Na opakowaniu powinna być naznaczona firma danej fabryki, jako też sposób przyrządzenia, wzg. wyjałowienia strun.

8) Fabryki powinny być pod opieką rządu.

(Mediz. Klinik. 1909 № 26—27).

A. KLĘSK.

Herzog. *Nowy sposób wyjaławiania chirurgicznych zwłaszcza tnących metalowych narzędzi.*

Zachwalaną rurę Grossego do wyjaławiania noży uważa H. za niedostateczną. H. pracował nad tem, by wynaleźć sposób dozwalający na wyjaławianie narzędzi metalowych w płynącej parze jednak tak, by ostrza na tem nie cierpiały i aby nie tworzyły się plamy rdzy.

W tym celu powinny znajdować się w przyrządzie następujące warunki:

1) narzędzia powinne być przedtem, nim zadziała na nie para, zagrzane do tej samej co para ciepłoty;

2) Podobnie ogrzane powinny być ściany sterylizatora, aby para nie skroplała się na ścianach i nie opryskiwała narzędzi;

3) Sterylizator powinien dawać się dobrze opróżniać, tak aby względna wilgoć wewnątrz równała się wilgoci zewnątrz.

W końcu udało się z pomocą firmy Lautenschlägera zbudować podobny przyrząd, funkcyonujący bardzo dobrze i nie mający wad przyrządu Grossego.

(Arch. f. Hyg. 69. IV).

A. KLĘSK.

Conradi. *Nowy sposób wyjaławiania.*

Ponieważ spory pewnych drobnoustrojów nie giną od zwykłego gotowania w 1% roztworze sody, poleca C. do wyjaławiania narzędzi gotowanie tychże w oleju Jaffa-sezam, gdyż osiągnąć tu można temperaturę i powyżej 200 stopni, co daje już zupełną rękojmię jałowości.

(Deut. Med. Woch. 1909 № 23).

A. KLĘSK.

Frank. *Doświadczenia nad usypianiem.*

Nagłe zejścia śmiertelne w początkach uśpienia chloroformowego odnieść należy podług Franka bardzo często do wstrząsu nerwowego, wywołanego obawą przed uśpieniem. Stara się też Frank zapobiegać temu w ten sposób, że dozwala chorym aż do wystąpienia stanu podniecenia usypiać się samym i dopiero wtedy obejmuje uśpienie. Sposób ten okazał się dobrym zwłaszcza u osób bardzo nerwowych, alkoholików.

(Wien. Kl. Woch. № 22).

A. KLĘSK.

Guisez. *Nowy sposób usypiania z pomocą chlorku etylu.*

Do usypiania używa przyrządu, podanego przez dentystę De Collanda, składającego się z maski i recypienta, połączonego z pierwszą za pomocą węża gumowego 45 cm. długiego. Już mała dawka (2 — 3 cm) chlorku-etylu wywołuje uśpienie bez podniecenia i powikłań. Guisez wypróbował to uśpienie przez dwa lata i poleca je bardzo, jako zupełnie bezpieczne do krótkotrwałych zabiegów, chociaż i do dłuższych można je stosować, wywołując po kolei nowe uśpienia.

Również uśpienie to można kombinować z chloroformowem lub eterowem.

(Gaz. d. hopit. 20/IV09).

A. KLĘSK.

Moro. *Doświadczenia nad sprężystością otrzewnej w stosunku do powstawania przepuklin nabytych.*

Na otwór szklanego cylindra naciągnięto i umocowano kawałek otrzewnej i obciążano go śrutem. Obciążenie można było doprowadzić do 15 kg.—wówczas otrzewna wyciągała się w postaci lejka, który po usunięciu ciężaru wyrównywał się i otrzewna wracała do poprzedniego poziomu.

Pozostawienie 15 kg. ciężaru nawet na 16 godzin nie doprowadzało otrzewnej do rozerwania. Po usunięciu obciążenia otrzewna wracała do poziomu poprzedniego, nic nie tracąc ze swej sprężystości. Na zasadzie tych i tym podobnych doświadczeń, autor dochodzi do wniosku, że sprężystość otrzewnej jest bardzo wysoka, że jej wytrzymałość mechaniczna przewyższa jedną atmosferę ciśnienia, że w wieku dojrzałym jest wyższą, niż w dziecięcym, a w wieku starszym zmniejsza się. Dzięki swej rozciągliwości może otrzewna zająć powierzchnię dwa razy większą od prawidłowej.

Badania na trupach i żywych zwierzętach doprowadziły autora do wniosku, że szybkie, momentalne tworzenie się worka przepuklinowego, wzgl. przepukliny, przez rozciągnięcie otrzewnej jest rzeczą niemożliwą, że przypadków raptownego wytworzenia się przepukliny nie można uzależniać bezpośrednio od przyczyn natury mechanicznej, a zatem — urazu, że w przypadkach tego rodzaju już poprzednio istniała niezauważona przepuklina, lub też worek przepuklinowy, który wypełnił się zawartością jamy otrzewnowej w chwili urazu. Jeżeli istnieją przepukliny, których raptowne powstanie należy wiązać z przyczynami natury mechanicznej, to mają one pewne właściwości kliniczne, na zasadzie których łatwo rozpoznać je można.

(Beiträge z. Kl. Chir. Bd. 63, N. 1).

F. KRĄKOWSKI.

Moro. *Histologiczne i czynnościowe zmiany otrzewnej w workach przepuklinowych.*

Na zasadzie zbadania 70 worków, usuniętych w czasie operacyi, autor dochodzi do wniosku, że sprężystość otrzewnej w przepuklinach nabytych i wrodzonych stale jest większą od sprężystości otrzewnej prawidłowej, co zależy głównie od przerostu podstawowej tkanki łącznej i rozrostu tkanki sprężystej. Według zapatrywania M. nabyte przepukliny tworzą się w tych miejscach, gdzie występują pewne braki w rozścięgnach mięśniowych. W tych miejscach otrzewna, stając się bardziej podatną, postępowo rozciąga się i przerasta. Otrzewna w przepuklinach nabytych podlega tym samym zmianom; nie będąc wystarczająco ochroniona przez otaczające tkanki i nie znajdu-

jąc w nich dostatecznej podpory, coraz bardziej rozciąga się. W ten sposób małe nabyte przepukliny mogą wyrastać do olbrzymich rozmiarów.

(Beitr. z. Klin. Chir. Bd. 65. N. 1).

F. KRĄKOWSKI.

T. Nakahara i A. Dilger podają pracę z kliniki w Hejdelbergu o podskórnem i śródmięśniowem wstrzykiwaniu, wzgl. wszczepianiu zawiesiny z okostnej. Na zasadzie szeregu doświadczeń na zwierzętach dochodzą oni do wniosku, że okostna, rozdrobiona na możliwie małe cząstki i wstrzyknięta w postaci zawiesiny w części miękkie, wykazuje równie silną zdolność rozrodczą, jak i wszczepione płaty okostne, że zdolność ta utrzymuje się wiele godzin po śmierci, co w zastosowaniu praktycznem może mieć poważne znaczenie.

Taki sposób traktowania stawów rzekomych miałby tę przewagę, że 1-o chory unika poważniejszego zabiegu, 2-o jest lepszy od sposobu Bier'a, gdyż jednocześnie z krwią wstrzykuje się materyał, bezpośrednio wytwarzający tkankę kostną.

(Beitr. z. Chir. Bd. 63. H. 1).

F. KRĄKOWSKI.

Jackson. *Zamrażanie płynnem powietrzem i kwasem węglanym w postaci śniegu, jako środek leczniczy.*

Płynne powietrze pierwszy zaczął stosować w lecznictwie Campball White, który w 1899 r. ogłosił o tem rozprawę. W r. 1905 Pusey z Chicago zastąpił je kwasem węglanym w postaci śniegu. Pierwszy z tych środków otrzymuje się przez oziębianie i poddawanie wysokiemu ciśnieniu powietrza, które następnie wpuszcza się do zbiornika z próżnią. Wtedy część powietrza zamienia się w płyn, podobny do wody, o ciepłocie —252,5° C. Gdy zanurza się w nim palec, daje on wrażenie wody, tylko po wyjęciu z cieczy palec pozostaje suchy. Wylany na podłogę, płyn ten znika jak para, nie pozostawiając śladu wilgoci. Siła dążenia cieczy tej do powrotu do postaci gazowej jest tak wielka, że naczynia ze skroplonem powietrzem nie można zostawiać zakorkowanego. Przechowuje się ową ciecz w przyrządzie, złożonym z dwóch szklanych butelek, jedna w drugiej, z próżnią między niemi. Otwór przyrządu jest częściowo zatkany watą, by umożliwić odpływ gazu, wydzielającego się stale z cieczy. W ten sposób litr skroplonego powietrza przechować można przez kilka dni. Przy zamrażaniu niem należy nawinięte na patyczek kawałeczki waty moczyć w tym płynie i przenosić na chory odcinek skóry.

Skroplony kwas węglany przechowuje się w stalowych cylindrach. Śnieg otrzymujemy przepuszczając kwas węglany

przez jakikolwiek porowaty materyał, okręcony dokoła krana cylindra. Pusey posiłkował się w tym celu woreczkiem zamszowym, Hubbard zaproponował specyalny przyrząd. Otrzymany w ten sposób śnieg należy ugnieść w specyalnych rurkach (mogą do tego służyć i wzierniki uszne), a nożem nadać mu można dowolny kształt. Ciepłota jego wynosi—78° C., to też dla ochrony rąk podczas zamrażania kwasem węglanym pożądane są rękawiczki zamszowe.

Co się tyczy zmian w skórze, wywołanych zamrażaniem, to drobnowidz wykazuje zwężenie naczyń krwionośnych, zgorzel, zanik nabłonka — w stopniu zależnym od siły zamrażania. Różnica w działaniu między skroplonem powietrzem a kwasem węglanym w postaci śniegu jest tylko ilościowa, bo pierwsze posiada trzy razy niższą ciepłotę. Mieszanie śniegu z kwasu węglanego z eterem sprzyja bardziej energicznemu jego działaniu, to też w praktyce zaleca się kawałeczki śniegu pogrążać na chwilę do eteru przed zetknięciem ze skórą.

Skóra w miejscu dotknięcia kawałkiem śniegu staje się biała, twarda, uderzana daje odgłos jak drewno. Głębokość działania zależy od czasu zetknięcia śniegu ze skórą i od siły uciskania na nią. Dziesięć sekund zamrażania śniegiem z umiarkowanem uciskiem czyni skórę sztywną, po kilku chwilach zamrożony odcinek zaczyna topnieć, dokoła występuje rąbek czerwony, poczem zjawiają się pęcherzyki, które zasychają w strup. Po odpadnięciu strupa pozostaje zaledwie dostrzegalna blizna. Zamrożenie w ciągu 50—60 sekund daje głęboki strup, który odpada dopiero po 3 tygodniach. Pozostała po zamrożeniu blizna jest ładniejsza z kosmetycznego punktu widzenia i miększa, niż po zastosowaniu innego niszczącego środka. Rzadko kiedy wypada stosować kwas węglany dłużej, niż przez 30 sekund, jednokrotne zamrożenie zazwyczaj wystarcza. Maczanie śniegu w eterze obniża jego ciepłotę i dlatego stosować go trzeba krócej.

Co się tyczy bolesności, to samo zamrażanie powoduje niewielki ból albo i żadnego, natomiast topnienie zlodowaciałej skóry sprawia nieraz mocny ból, trwający po parę godzin. Dużą ulgę sprawia wtedy zimna woda.

Z dwóch tych środków płynne powietrze przewyższa kwas węglany ze względu na większą łatwość stosowania, większą szybkość działania, większą bezbolesność, dostawa jednak tego środka jest trudna, nieraz miesiącami trzeba obywać się bez niego. Natomiast na korzyść kwasu węglanego przemawia łatwość nabycia i przechowania — w ostateczności w każdej fabryce wody sodowej można nabyć trochę kwasu węglanego w postaci śniegu — jako też i ten wzgląd, że wrazie bardzo drobnych zmian w skórze kawałek śniegu można cienko ostru-

gać i uniknąć tego, co widzimy przy płynnem powietrzu, które rozlewając się po skórze działa i na zdrowe tkanki.

White stosuje zamrażanie dla pobudzenia żywotności tkanek w owrzodzeniach, w celu znieczulenia przed zabiegiem, za pomocą rozpylacza w czyrakach. Osobiste doświadczenie autora mówi, że lupus erythematosus w swej przewlekłej postaci najlepiej się leczy zamrażaniem. Wszelkiego rodzaju znamiona skórne łatwo poddają się działaniu zamrażania. Powierzchowne naczyniowe znamię zniszczyć można w ciągu 15 — 50 sekund. Naczyniaki też łatwo poddają się temu leczeniu, choć niekiedy trzeba zamrażać po raz wtóry. W naczyniakach w postaci guzika zabarwienie pod wpływem tego leczenia znika, guzik jednak pozostaje. Równie łatwo dają się usunąć znamiona naczyniowe sinawe i barwnikowe, włosiste zaś wymagają parokrotnego nieraz, głębokiego zamrażania w ciągu paru minut. Żadna inna metoda nie daje lepszych wyników i wymaga dłuższego czasu. Doskonałe wyniki daje ten sposób leczenia w zastosowaniu do nabłoniaków, specyalnie owrzodzonych: bezbolesność, szybkość, ładna blizna, stanowią o wyższości tej metody nad innemi. Zamrażać trzeba $\frac{1}{2}$ do $1\frac{1}{2}$ minuty. Leczeniu tym sposobem poddają się również: karatosis senilis, brodawczaki, keloid, tuberculosis verucosa cutis, scrofuloderma, chloasma.

(Medical Record, 17/IV. 1909).

BR. SZERSZYŃSKI.

Lichtenberg, Dietlen i Runge. *O biocystografii.*

Mianem powyższem autorowie oznaczają metodę, pozwalającą badać ruchy pęcherza moczowego u człowieka. Podstawą tej metody jest rentgenografia pęcherza, napełnionego cieczą zatrzymującą promienie X. Prawidłowy, umiarkowanie napełniony pęcherz m., opróżnia się w ciągu 24—30 sekund. Okres ten autorowie postarali się uzmysłowić przy pomocy sześciu obrazów rentgenograficznych; liczba ta okazała się zupełnie wystarczającą, tem bardziej, że w ciągu pierwszej połowy czasu wspomnianego kształt pęcherza zmienia się bardzo powoli.

Całe postępowanie przedstawia się jak następuje. Z pomocą cewnika wstrzykiwano do pustego pęcherza m. pewną ilość płynu obojętnego, poczem określano czas trwania opróżniania pęcherza. Ten czas dzielono przez ilość zamierzonych zdjęć i w ten sposób otrzymywano długość przerwy pomiędzy zdjęciami. Następnie pęcherz napełniono taką samą ilością roztworu kollargolu 4 — 5%, poczem po ułożeniu badanego na wznak, przystąpiono do zdjęć. Posługiwano się średniotwardemi rurami, z odległości 40 — 50 cm., klisze wystawiano na działanie światła na czas krótszy od $^1/_3$ sekundy, przyczem starano się o dokładne poziome położenie osoby badanej i o pio-

nowy kierunek promieni padających. W ten sposób otrzymywano czołowy rzut pęcherza. Wogóle ostre obrazy otrzymano tylko u 14 letniego chłopca. Na podstawie szeregu zdjęć odnośnych, autorowie podają rysunki sześciu zdjęć okresowych, mianowicie, bezpośrednio po rozpoczęciu oddawania moczu, po upływie 15 sekund, w 2 sekundy po rozpoczęciu okresu drugiego, dalej siedem, cztery i jedna sekunda przed końcem oddawania moczu.

Z rysunków powyższych widać, że prawidłowe oddawanie moczu odbywa się, jak następuje.

Zaraz po rozpoczęciu oddawania moczu trójkątny kształt pęcherza m. przechodzi w eliptyczny; w tym stanie pęcherz znajduje się aż do drugiej połowy całego okresu. Stopniowo, mniej więcej po upływie 18 sekund, wymiar podłużny pęcherza zmniejsza się i równa się poprzecznemu. Pod koniec opróżniania się pęcherza m., oba wymiary szybko się zmniejszają a zwłaszcza podłużny. Tuż przed końcem wypuszczania moczu rozszerza się wewnętrzne ujście cewki oraz część sterczowa. Słowem, kurczenie się pęcherza prawidłowego odbywa się dość równomiernie we wszystkich jego odcinkach, przyczem, wobec szybkiego zmniejszania się wymiaru podłużnego, mięśnie podłużne kurczą się prędzej i energiczniej od okolnych.

(Münch. med. Woch. 1909 № 29).

A. WERTHEIM.

Ohm. *O zastrzałach kostnych.*

Ze względu na szczególną doniosłość spraw zapalnych w kościach palców, zwłaszcza u klasy robotniczej, autor na podstawie osobistego doświadczenia kreśli obraz kliniczny cierpienia wspomnianego wyżej. Drobnoustrojem, który wywołuje zastrzał kostny, bywa najczęściej gronkowiec złocisty, w przypadkach bardzo ciężkich — łańcuszkowiec ropotwórczy. Bezpośrednią przyczyną zastrzału kostnego jest po największej części urazowe zapalenie tkanki podskórnej. Na razie ogniska zapalne, dzięki niepodatnej tkance łącznej idącej wgłąb od skóry palca, umiejscowiają się w tej warstwie; jednakże ropa wkrótce przebija przegrodę powyższą i rozlewa się zarówno na grzbietowej powierzchni palca, jak wzdłuż ściągień lub pod okostnę. Z chwilą zajęcia okostnej sprawa zapalna szerzy się już bardzo szybko i z łatwością przechodzi na tkankę kostną, ogarnia istotę gąbczastą i szpik i w ten sposób niszczy naczynia krwionośne, odżywiające kość. Wówczas odcinek paliczka, pozbawiony unaczynienia, ulega martwicy. Powstaje martwiak, otoczony ropą i ziarniną i oddzielający się niekiedy samorzutnie. Typowy obraz takiego zastrzału jest następujący. Palec jest

równomiernie zgrubiały, lub też kolbowaty, skóra zmacerowana i podminowana. Z jednej lub kilku przetok, otoczonych brudną ziarniną, sączy się niekiedy cuchnąca ropa. Na dnie przetok wyczuwa się kość obnażoną, a rentgenografia wykazuje mniej lub więcej rozległą martwicę kości.

Leczenie dążyć powinno do ograniczenia martwicy kości, do unieszkodliwienia drobnoustrojów. Cel ten osiągamy już to na drodze doszczętnej, już też na wyczekującej: między tymi dwoma kierunkami waha się leczenie zastrzałów. Autor, jako uczeń Biera, skłania się ku metodzie wyczekującej, posługując się w leczeniu martwicy paliczka wyrobionymi przez Biera sposobami, mianowicie bańkami ssącemi i opaską sprężystą. Dla porównania w szeregu przypadków wykonywano odjęcie lub wyłuszczenie kości chorej, stosując potem bańki, a w każdym razie nie tamponując rany.

O ile chory przybywał z ogniskiem zamkniętem, opróżniano je przy pomocy małego cięcia. Przetok nie rozszerzano, wyciskając z nich jedynie codziennie ropę podczas zmieniania opatrunku. Z chorych, leczonych sposobem Biera, część poddawano działaniu baniek codziennie w ciągu 45 minut, z trzyminutowymi przestankami co 5 minut, u większości zaś stosowano opaskę w ciągu 20—22 godzin na dobę. Wyniki otrzymane na tej drodze przedstawiają się w liczbach, jak następuje: u 12 chorych leczonych operacyjnie, przeciętny czas, potrzebny do zagojenia, wynosił 40,3 dni; u 20 chorych, u których stosowano bańki ssące, czas ten wynosił 35,6 dni, a u 33 chorych posługujących się opaską — 23,5 dni. Jak widać z powyższego, opaska Biera niewątpliwie znacznie skraca czas zdrowienia.

Dalszą stroną dodatnią przekrwienia zastoinowego jest natychmiastowe i stałe uśmierzenie bólu, który po zabiegu operacyjnym bynajmniej nie zaraz ustaje, a w dodatku towarzyszy prawie każdej zmianie opatrunku. Wyższość metody wyczekującej uwydatnia się również w szybszem odgraniczeniu się demarkacyi, przyczem, nie operując, zachowujemy więcej tkanki zdrowej, podczas gdy tylko części istotnie chore oddzielone zostają. Wreszcie, jak tego dowodzi 15 przypadków autora, dzięki przekrwieniu zastoinowemu udaje się niekiedy uratować od zagłady odcinki kostne chropawe i już pozbawione okostnej. Niepotrzeba dodawać, że pod względem czynnościowym wynik taki posiada znaczenie pierwszorzędne.

Z 12 chorych operowanych u 8 czynność pozostała poważnie zakłóconą.

Z 20 leczonych bańkami 14 odzyskało sprawność całkowitą, a na 33 przypadki, gdzie stosowano opaskę, czynność prawidłowa powróciła 26 razy.

Strzeszczając wszystko powyższe, dochodzimy do wniosku,

że przekrwienie zastoinowe daje w leczeniu zastrzałów kostnych wyniki najlepsze. Dodatnie strony jego są następujące:

1) Zachowawczość; 2) Zniesienie bólu; 3) Szybsza demarkacya; 4) Oszczędzanie tkanek zdrowych i materyału regeneracyjnego; 5) Szybsze gojenie; 6) Lepszy wynik czynnościowy.

W końcu autor podaje krótkie, treściwe wyciągi z 65 historyi chorób. Praca opatrzona jest tablicą, przedstawiającą obrazy rentgenograficzne z 13 przypadków, w których, pomimo rozległej martwicy, udało się zachować część paliczka chorego.

(Deutsche Zeitschr. f. Chir Tom 99, Z. 1 i 2).

A. WERTHEIM.

Büdinger. *Przyczynek do leczenia operacyjnego nerwobólu nerwu trójdzielnego.*

W razie wznowy nerwobólu po przecięciu odnośnej gałęzi nerwu trójdzielnego u podstawy czaszki uciekano się dotychczas zazwyczaj do usunięcia zwoju półksiężycowatego. O ile na zabieg powyższy łatwiej zdecydować się chirurgowi i choremu wrazie nerwobólu wszystkich trzech gałęzi, o tyle zajęcie drugiej lub trzeciej gałęzi nie dla każdego stanowić będzie wskazanie do zabiegu tak poważnego. Pomijając już bowiem dość wysoką odsetkę śmiertelności (15%), należy pamiętać o zgubnych następstwach uszkodzenia gałęzi pierwszej dla oka. Pod tym względem nowsze badania okulistów dowodzą, że dotychczasowe poglądy na tę sprawę grzeszyły pewnym optymizmem. Nic dziwnego zatem, że z jednej strony chirurgowie szukają nowych dróg, któreby pozwoliły uniknąć usunięcia zwoju Gassera, z drugiej zaś i sami chorzy, w obawie utraty wzroku jednego oka, częstokroć nie przystają na wyłuszczenie zwoju. W podobnem położeniu znaleźli się autor pracy niniejszej i chory jego i dlatego B. wpadł na pomysł operacyjny dotychczas jeszcze nie wyzyskany, pomysł, dzięki któremu chory wyleczony został doszczętnie. Z historyi choroby najważniejsze są dane następujące.

Chory przez 3 lata cierpiał na rwę nerwu językowego i żuchwowego; pierwszy zabieg polegał na wycięciu jednego centymetra z każdego z tych nerwów, od strony jamy ustnej, powyżej języczka żuchwy. Po operacyi bóle ustały natychmiast, ale po upływie sześciu miesięcy wróciły z dawną siłą. Wobec tego wycięto częściowo trzecią gałąź u podstawy czaszki, po odchyleniu wyciętego czasowo łuku licowego ku dołowi. Zabieg ten na razie sprawił choremu ulgę, jednakże po ośmiu miesiącach napady ponowiły się, a nawet wzmogły się co do natężenia i częstości.

Choremu, u którego rozwinęła się silna niemiarowość serca i przygnębienie duchowe, zaproponowano wówczas usunięcie

zwoju półksiężycowatego, na co tenże wobec niebezpieczeństwa grożącego oku ze strony operacyi nie zgodził się. W tych warunkach autor wykonał operacyę następującą. Po wycięciu czasowem łuku licowego wydłutowano z podstawy czaszki krążek o średnicy 1½ cm., tak, że brzeg przyśrodkowy braku znajduje się w odległości jednego centymetra od dziury owalnej. Teraz przebito ów mostek dzielący otwór wydłutowany od dziury owalnej, poczem dotarto do kikuta gałęzi trzeciej; kikut był zgrubiały a w dawną bliznę wrastały zeń cienkie gałązki nerwowe. Kikut wyosobniono aż do zwoju Gassera, odsuwając ku górze oponę twardą, — i tam odcięto go, usuwając również obwodowe cienkie gałązki. Następnie z wydłutowanego krążka kostnego wycięto mniejszy krążek, którym zakorkowano otwór owalny tak, że tylko boczny jego obwód pozostał nieprzykrytym.

Napady bólów ustały natychmiast po operacyi, stan serca również uległ poprawie, pozostało tylko nieznaczne palenie około kąta ust.

Autor widywał chorego potem corocznie w ciągu lat trzech i stwierdził wyleczenie całkowite.

W drugiej części swojej pracy autor poddaje krytycznemu rozbiorowi metody operacyjne stosowane w przypadkach wznowy nerwobólu po przecięciu gałęzi n. trójdzielnego na podstawie czaszki. Wszystkie te operacye wypełnić mają lukę między zabiegami doszczętnymi t. j. wycięciem zwoju półkolistego i przecięciem pnia n. trójdzielnego — a przecięciem gałązek u podstawy czaszki. Do nich należy, przedewszystkiem, wewnątrzczaszkowe przecięcie chorej gałęzi, poniżej zwoju Gassera; zabieg ten zdaniem większości autorów nie może być uważany za skuteczny. Natomiast lepszych wyników oczekiwać należy od rezekcyi wewnątrzczaszkowej całego odcinka danej gałęzi — pomiędzy zwojem Gassera a dziura owalną, jak to miało miejsce w przypadku autora.

Druga metoda stosowana wrazie wznowy — to powtórzenie operacyi wykonanych już raz na chorym. Jakkolwiek chirurgowie zabiegi podobne wykonywają niechętnie, jednakże nie ulega wątpliwości, iż znajdują one uzasadnienie w fakcie anatomicznym, że w przypadkach wznowy cierpienia spotykano nieraz całkowitą regeneracyę nerwu trójdzielnego, który, jak wiadomo, szczególnie łatwo odrasta. Takie powtórzenie zabiegu pierwotnego na razie przynosi choremu zazwyczaj ulgę, ale tylko czasową i dlatego, postępując racyonalnie, należy zapobiedz regeneracyi. W tym celu starano się zamknąć światło kanałów, przez które dana gałąź przebiega. Że na tej drodze istotnie osiągnąć można wynik pożądany, dowiódł doświadczalnie Pertzes, wyrywając z obu kanałów podoczodołowych psa gałąź drugą i plombując złotem jeden z kanałów. Pokazało

się, po upływie 7 miesięcy, że po stronie nieplombowanej nerw odrósł, po przeciwnej zaś — nie. Rozmaici autorowie uskuteczniali zamknięcie różnymi sposobami, B. użył w tym celu krążka kostnego.

Wreszcie do zabiegów wrazie wznowy nerwobólu zaliczyć trzeba wydłutowanie łożyska kostnego nerwu. Wiadomo, że niekiedy, jak to zresztą miało miejsce w przypadku autora, kikut nerwu obciętego grubieje, tworząc nerwiak, którego średnica przekracza średnicę kanału. Usuwajac boczny odwód dziury owalnej, autor dokonał w przypadku swoim takiego właśnie zabiegu.

W ten sposób operacya zaproponowana i wykonana z powodzeniem przez B. stanowi połączenie trzech z metod powyższych, stosowanych w przypadkach wznowy, gdzie chory obawia się usunięcia zwoju półksiężycowatego.

(Deutsche Zeitschr. f. Chir. T. 99, Z. 1 i 2).

A. WERTHEIM.

II. GINEKOLOGIA I POŁOŻNICTWO.

Buttersack. *Zatrucie cynkiem po przyżeganiu śluzówki macicznej chlorkiem cynku.*

Przypadek dotyczy chorej 27-letniej, dobrze zbudowanej, dziedzicznie nieobarczonej. W czasie pierwszej ciąży chora przebyła zapalenie miedniczki nerkowej prawej. Druga ciąża, oba porody i połogi przeszły bez powikłań. Mocz, badany parokrotnie w czasie drugiej ciąży, nie przedstawiał żadnych zmian chorobowych. Po drugim porodzie chora zaczęła uskarżać się na b. obfite krwawienia miesięczne. Trzecia ciąża zakończyła się poronieniem w 6 miesięcu.

Z powodu długotrwałego krwawienia dokonano wyskrobania macicy. Przebieg pooperacyjny pomyślny. Ze względu na skłonność do obfitego krwawienia podczas miesiączki, dokonano w 18 dni po wyskrobaniu, w odstępach 2-u dniowych, trzykrotnego przyżegania wewnątrzmacicznego za pomocą pręcika, owiniętego watą i zmaczanej w 10—15—30% roztworze spirytusowym chlorku cynku. Po trzecim przyżegnięciu chora zaczęła uskarżać się na silne bóle w okolicy żołądka, na mdłości i zatrzymanie stolca.

Następnego dnia wymioty. Ciepłota prawidłowa, tętno 120 małe, o słabem napięciu, prawidłowe. Wielka wrażliwość na ucisk ścian brzusznych, szczególniej w dolnej części brzucha. Utrudnione oddawanie moczu. Ilość dzienna moczu 500 ctm.^{3},

ciężar gatunkowy 1013. Rozbiór wykazał 2°/₀₀ białka, znaczną liczbę lymphocytów, oddzielne krwinki czerwone. W miernej liczbie szkliste, ziarniste i tłuszczowe cylindry. Badanie chemiczne stwierdziło w moczu obecność cynku. W dwa tygodnie po przyżeganiu, przez pochwę zaczęły wydzielać się strupy, w których również stwierdzono obecność cynku; jednocześnie ciepłota wzniosła się do 38°. Stan ogólny pogarsza się, przyłączają się zaburzenia układu nerwowego: paraphasia, czasowa aphasia. W dwa miesiące od początku choroby pacyentka umiera w wybitnych objawach mocznicy. Badanie drobnowidzowe moczu, powtórzone w końcu choroby, wykazało prawie zupełny brak składników postaciowych, zaledwie parę cylindrów i lymphocytów. Ciężar gatunkowy moczu = 1006.

Oglądając zwłoki, znaleziono następujące zmiany chorobowe: przekrwienie śluzówki żołądka, kiszki bardzo przekrwione, w jelicie zaś czczem i okrężnicy owrzodzenia wielkości monety trzyfrankowej. Wątroba tłuszczowo-zwyrodniała. Nerki mikroskopowo nie przedstawiały żadnych zmian widocznych, poza silnem przepełnieniem naczyń krwią. Badanie drobnowidzowe nerek stwierdziło typowe zmiany, spotykane w nephritis parenchymatosa et interstitialis toxica. Zmiany w kiszkach odpowiadają spotykanym objawom w mocznicy. Badanie chemiczne wykazało obecność cynku w moczu, w strupach, wątrobie, nerkach oraz śledzionie.

Jaka była przyczyna tego stwierdzonego zapalenia nerek? Wprawdzie w wywiadach znajdujemy wzmiankę o zapaleniu miedniczki nerkowej, jednak od tego czasu w ciągu 7-iu lat chora nie uskarżała się na objawy, mogące wzbudzić podejrzenie sprawy przewlekłej nerek. Początek choroby ściśle związany z wewnątrzmacicznem przyżeganiem; wyniki badania chemicznego za życia i po śmierci; zaburzenia żołądkowo-kiszkowe; zmiany anatomo-patologiczne nerek, zgodne z napotykanemi w doświadczalnych zatruciach ustroju: wszystko to przemawia na korzyść zapalenia, wywołanego zatruciem chlorkiem cynku. Brak zmian zapalnych w otrzewnej oraz brak uszkodzeń w ścianie macicy i jajowodów świadczy, że wessanie nastąpiło drogą naczyń chłonnych.

Opisany przypadek jest pouczający z wielu względów: 1) Przebieg sprawy nerkowej z początkowymi objawami, właściwymi ostremu zapaleniu miąższowemu, stopniowe wystąpienie cech zapalenia śródmiąższowego, jak również dane anatomo-patologiczne rzucają pewne światło na sprawę szybkości rozwoju marskiej nerki i każą przypuszczać, że zmiany te odbywają się o wiele prędzej, niż to jest ogólnie przyjęte. 2) Znana z doświadczeń duża jadowitość cynku znajduje tutaj potwierdzenie. 3) Autor uważa za konieczne większe akcentowanie jadowitości chlorku cynku w podręcznikach farmakologii. 4) Co do prak-

tycznych wskazówek, szczególniej w leczeniu chorób kobiecych, autor zgadza się w zupełności ze zdaniem Hofmeier'a, który stosuje stężone roztwory chlorku cynku li tylko do miejscowych ograniczonych przyżegań, w innych zaś przypadkach radzi zarzucić go zupełnie.

(Monat. f. Geburtsh. und Gyn. 1909. № 1).

M. KASPEROWICZOWA.

Rühl. *Wycięcie jajnika przez pochwę w czasie porodu.*

Autor opisuje przypadek torbieli wielokomorowej, operowanej przez pochwę w czasie porodu. Guz miał liczne zrosty z otoczeniem i po otworzeniu tylnego sklepienia nie dał się ściągnąć w celu wyłuszenia. Wobec tego opróżniono z zawartości wklinowaną część torbieli (4 komory), co dało możność dokończyć poród kleszczami. Następnie rozszerzono cięcie i ręką porozrywano zrosty z macicą, kiszkami i siecią, poczem z łatwością wydobyto cały guz znacznej wielkości o 5 pozostałych komorach. Przebieg pooperacyjny prawidłowy, dziecko żywe.

Przypadek ten, jak również pięć innych, opisanych w piśmiennictwie niemieckiem, zachęcają do operowania przez pochwę guzów wklinowanych w małą miednicę w czasie porodu. Dostęp ze strony jamy brzusznej jest w tych prypadkach o wiele trudniejszy. Zachowawcze zabiegi, a mianowicie: odsunięcie guza ku górze, lub dokończenie porodu pomimo przeszkody mogą być stosowane jedynie wtedy, gdy rękoczyny te dają się uskutecznić z łatwością, w przeciwnym razie uszkodzenia uciskowe mogą w swych skutkach zagrażać życiu chorej. Co do cięcia cesarskiego, to zdaniem Olshausena, Herberta Spencera, Horocha i in. powinno być ono stosowane jedynie w tych przypadkach, gdzie po otwarciu jamy brzusznej guz nie da się wywichnąć z małej miednicy.

(Monats. f. Geb. und Gyn. 1909. № 3).

M. KASPEROWICZOWA.

Diesing. *Istota dolegliwości ciąży oraz zapobieganie tymże.*

Znany fakt, że osesek ma w swoim ustroju pewną ilość żelaza i może w pierwszych miesiącach życia zadowolnić się mlekiem, które tak mało zawiera tego metalu, posłużył autorowi za punkt wyjścia dla wytłomaczenia dolegliwości ciąży.

Oczywiście, nagromadzony zapas żelaza, który dziecię przynosi ze soba na świat, jest pochodzenia matczynnego. Powstało ono z barwnika krwi, który składa się z zawierającej żelazo hematyny oraz globiny w związku z siarką. Prawidłowo na jeden atom żelaza wypadają trzy atomy siarki. U ciężarnej ilość

siarki znacznie wzmaga się na niekorzyść żelaza, pochłoniętego przez ustrój płodu. Ta zwiększona ilość siarki we krwi ciężarnych wywołuje zaburzenia, znane pod ogólnem mianem „dolegliwości ciąży“.

Ciąża u kobiet wiejskich, jak również u kobiet ludów pierwotnych, przebiega zwykle bez dolegliwości. Spostrzeżenie to potwierdza powyższą teoryę, gdyż kobiety te żywią się przeważnie pokarmami roślinnymi zawierającymi dużo żelaza, a bardzo mało siarki. Wstręt do mięsa i pociąg do jarzyn zielonych tak często spotykany u kobiet ciężarnych, powstaje z tegoż powodu.

Wymioty ciężarnych dają się z łatwością objaśnić potrzebą ustroju — wydalenia nadmiaru siarki, przyjętej wraz z pokarmami białkowymi.

Skłonność do duszności znajduje tłomaczenie w stosunku żelaza i siarki do tlenu. Żelazo gra ważną rolę w oddychaniu, łącząc się z tlenem, siarka zaś ma własność wytwarzania związków z tlenkiem węgla, oczywiście wzmożona ilość siarki we krwi może wobec tego wywołać uczucie duszności.

Żelazo i siarka dzięki swej wysokiej atomowości utrzymują w równowadze grupę atomów hemoglobiny; wskutek zmiany stosunku tych dwóch metali następuje rozpad chemicznej budowy białka krwi. Nagromadzenie wytworów nieprawidłowego rozpadu białka powoduje choroby organów wydzielniczych, a mianowicie nerki i wątroby.

W końcu ciąży, gdy coraz się zwiększa nadmiar siarki oraz brak żelaza, mogą pojawić się drgawki ciężarnej, spowodowane utrudnieniem oddychania śródtkankowego.

Na zasadzie wszystkich powyższych twierdzeń, odżywianie ciężarnych powinno składać się z pokarmów, zawierających dużo żelaza i mało siarki. Pojawienie się dolegliwości ciąży ma być leczone preparatami żelaza. Autor używa z powodzeniem ferrum oxydatum saccharatum solubile wraz z calcar phosphorica, wrazie napadu drgawek żylne zastrzyknięcie „spleno-chromu“. Jest to barwnik śledziony, zawierający żelazo i stosowany w postaci wstrzykiwań lub też tabletek.

(Monats. f. Geb. und Gyn. 1909. № 6).

M. KASPEROWICZOWA.

Prof. Herzfeld. *Prawo dziecka do życia.*

Na kongresie lekarzy i przyrodników w Meranie w r. 1905 weszła na porządek dzienny sprawa „prawa dziecka do życia“ w położnictwie. Pawnicy i lekarze zastanawiali się wtedy, czy wogóle lekarz jest wprawie dla dobra matki poświęcać życie dziecka. Wynikiem rozprawy było oświadczenie, że prawnie właściwie nie mamy na to zezwolenia, zwłaszcza, że postęp

ostatnich czasów dał nam w rękę sposoby operacyjne, dozwalające ratować życie dziecka.

Lekarz praktyczny jednak musi stać na innem stanowisku. Prawo wymaga np. od niego, by ratował matkę przez sprowadzenie sztucznego poronienia, a co wolno na początku ciąży, to wolno chyba i w końcu tejże.

Dawniej celem ratowania dziecka wykonywało się następujące zabiegi: 1) wczesny poród; 2) wysokie kleszcze; 3) zapobiegawczy obrót; 4) cięcie cesarskie ze wskazania względnego.

Obecnie przybyły nowe, jak wczesne rozszerzanie ujścia, pochwowe cięcie cesarskie, operacye celem rozszerzenia miednicy, zaotrzewnowe cięcie cesarskie i t. p. Z pewnością w klinikach, t. j. w odpowiednich warunkach czystości i pomocy, zabiegi te mają zupełną podstawę bytu, inaczej jednak w praktyce prywatnej, zwłaszcza u ludzi biednych. Tutaj lekarz, nawet czując się na siłach, nie powinien wykonywać tych operacyi, albowiem naraża przytem matkę na wielkie niebezpieczeństwo i nie może jej zapewnić troskliwej opieki a raczej takiej, jaką mieć ona może w zakładzie.

W prywatnej więc praktyce musimy i nadal poświęcać nieraz życie dziecka, albowiem w przeciwnym razie narażalibyśmy matkę na wielkie niebezpieczeństwo i często dla dziecka poświęcalibyśmy życie matki.

Te dane zmuszają jednak do wyrażenia życzenia, by wobec postępu położnictwa były zakładane liczne zakłady i szpitale położnicze, a przez to lekarze będą w możności ratować życie dzieci, operując same rodzące.

(Mediz. Klinik. 1909. № 26).

A. KLĘSK.

Glas i Kraus. *Wpływ ciąży na gruźlicę krtani.*

Już Kuttner w r. 1901 a potem Schauta w r. 1902 zwrócili uwagę na to, że gruźlica krtani jest najcięższem powikłaniem ciaży. Schauta nawet radził w ciężkich przypadkach gruźliczego zajęcia krtani przystępować w interesie matki do wykonania poronienia, bo już nawet wykonanie wczesnego porodu nieraz jest bezskutecznem.

G. i K. zajmują się już od 5 lat sprawą: gruźlica krtani a ciąża, i zebrali 72 spostrzeżenia z kliniki Schauty i Chiariego.

Gruźlicy krtani towarzyszą zwykle i powikłania płucne. Nawet nieznaczne zmiany w krtani przechodzą często w złośliwą postać wskutek ciąży. Veit polecił ważyć kobiety wśród ciąży, albowiem zrobił spostrzeżenie, że w razie, jeżeli ciężarna wobec gruźlicy krtani traci na wadze, rokowanie staje się zupełnie złem i dlatego Veit wykonywuje poronienie tylko wtedy, gdy ciężar ciała opada, w przeciwnym razie czeka.

Pogarszanie się gruźlicy krtani wśród ciąży przypisać należy zmniejszonej ruchomości płuc i expectoracyi, zmianom składu krwi i obrzemieniom błon śluzowych, charakterystycznym dla ciąży, zwłaszcza w krtani. Oprócz tego wchodzą w rachubę: trudność odżywiania się z powodu bolesności, owrzodzeń, zwężenie krtani powodujące utrudnione oddechanie i połykanie plwocin gruźliczych.

Takie wdechania mas gruźliczych wskutek forsownego oddechania wśród porodu odgrywają, podług Fraenkla, ważną rolę. Zwykle pogorszenie zjawia się już z początkiem ciąży. Co do dziecka, to los jego bywa też smutny. Prawie 60% umiera zaraz po porodzie, 25% pozostaje przy życiu na razie ale ciągle słabuje lub umiera potem wkrótce.

W 20% występuje dobrowolne przerwanie ciąży, lecz zwykle wtedy matka umiera.

W razie pogarszania się sprawy w krtani, należy bezwarunkowo w pierwszych miesiącach ciąży przystąpić do poronienia. Natomiast w razie, gdy pod koniec ciąży sprawa w krtani nie postępuje, można oczekiwać naturalnego porodu.

Wywoływanie wczesnego porodu w sprawach postępujących jest przeciwwskazane. Wtedy w razie silnego zwężenia krtani należy przystąpić do otwarcia tchawicy, bo zwykle po wprowadzeniu rurki zjawia się poprawa.

Takie otwarcie tchawicy w celach leczniczych, w przypadkach średniego zwężenia, oddaje nieraz wartościowe usługi.

Ciąża lub poród, powikłane poważniejszą gruźlicą krtani, bez pomocy lekarskiej zostawione, kończą się prawie zawsze śmiertelnie.

Natomiast wywołanie poronienia, nawet w rozlanych i postępujących sprawach krtani, daje nieraz wynik co do życia matki bardzo dobry.

Ze względu na powyższe dane powinno się ciężarne z gruźlicą krtani nie wypuszczać z opieki lekarskiej, lecz umieszczać je w sanatoryach lub uzdrowiskach dla gruźliczych.

Maragliano wypowiedział na ten temat nawet może za bardzo spartańską maxymę:

„Chcąc walczyć skutecznie z gruźlicą, musimy pozbawić się przytem wszelkiego sentymentalizmu zwłaszcza co do prawa dziecka do życia. Nie ratując matki, narażamy ją i dziecko zarazem na wielkie niebezpieczeństwo, a gdy nawet go przebędzie, to wyda na świat osobnika prawie zawsze obarczonego ciężką gruźlicą“.

(Mediz. Klinik 1909. №№ 26—27).

A. KLĘSK.

Reimers. *Przypadek „vagitus uterinus"*.

U wielorodki, u której prawie w każdym porodzie zmuszony był R. robić obrót z powodu poprzecznego położenia, przystąpił i obecnie do tegoż w uśpieniu ciężarnej. Przy pociągnięciu dziecka za nóżkę, wydało ono w macicy wyraźny krzyk, który powtarzał się za każdem pociągnięciem 4—5 razy. Dziecko przyszło na świat w stanie zamartwiczym, ale dało się uratować.

(Med. Klinik 1909. № 25).

A. KLĘSK.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

I. POSIEDZENIA CHIRURGICZNE.

Posiedzenie dnia 12 listopada 1908 r.

1. *Kozerski.* Przypadek mięsaka szczęki dolnej, leczonego z powodzeniem promieniami X.
2. *Hincz.* Przypadek wynicowania całkowitego kiszki przez przetokę kiszkową.
3. *Kryński.* Kamica dróg żółciowych: usunięcie kamienia, tkwiącego głęboko w przewodzie wspólnym, po uprzedniem rozszerzeniu tegoż przewodu na tępo.
4. *Nowacki.* Złamanie żuchwy, nałożenie szwu od wewnątrz z dobrym wynikiem.
5. *Oderfeld.* Wielokrotne gruźlicze zwężenia jelita cienkiego.
6. *Oderfeld.* Pokaz nerki, usuniętej z powodu kamienia i roponercza.
7. *Oderfeld.* Przetoka skrzelowa szyi, operacyjnie usunięta.
8. *Stankiewicz W.* Ablatio penis z powodu licznych brodawczaków włóknistych.
9. *Stankiewicz W.* Pokaz operacyjnie usuniętego jądra gruźlicznego.
10. *Stankiewicz W.* Kamienie moczowe, wydobyte z części sterczowej cewki moczowej.
11. *Gliksman.* Przypadek t. zw. appendicitis herniaria.

1. *Kozerski* przedstawił dziewczynkę lat 13, która z polecenia kol. W. Łapińskiego przybyła do zakładu K. 15/XI 06, z rozpoznaniem mięsaka szczęki dolnej. Wywiady, przesłane przez kol. Łapińskiego, brzmiały, jak następuje:

Chora przybyła do zakładu kol. Bączkiewicza w VI, 906 r. — Opiekunka jej zeznała, że parę miesięcy wcześniej wystąpiło obrzmienie prawej połowy szczęki dolnej oraz gruczołów szyjowych z tejże strony. Jeden gruczoł rozmiękł i pękł, pozostawiając przetokę. Obrzmienie szczęki i gruczołów zwolna lecz stale zwiększało się. Wówczas stwierdzono: Prawa połowa szczęki dolnej wraz z przylegającą częścią policzka wybitnie obrzmiała. Obrzmienie to poczyna się od kła, obejmuje gałęź poziomą, kąt i gałęź wstępującą żuchwy. Obrzmienie dość twarde i bolesne na dotyk. Poniżej kąta żuchwy liczne oddzielne lub zlane ze sobą gruczoły. Pośród nich przetoka, skąpo ropiejąca. Otwieranie ust mocno utrudnione.

D. 16/VII, 06 r. kol. Borsuk wyciął pod chloroformem kawałek tkank z pod kąta żuchwy.

Badanie mikroskopowe, dokonane przez kol. Pstrokońskiego, wykazało *osteosarcoma fusiforme.*

We Wrześniu tegoż roku stan chorej był znacznie gorszy: obrzmienie zwiększyło się znacznie i zajęło całą okolicę skroniową. Otwieranie ust możliwe w stopniu nader nieznacznym. Stan ogólny zły (Cachexia, hydraemia). W tym czasie widział chorą dr. Krajewski, i również odradził operacyję, (o którą dopominała się rodzina chorej) ze względu na rozległość i charakter sprawy chorobowej, oraz ciężkie chorłactwo chorej.

Wobec beznadziejności położenia kol. Łapiński zaproponował rentgenoterapiję. Chora przybyła do zakładu Kozerskiego 15/XI 1906 r. Stan chorej przedstawiał się wówczas, jak następuje: Błony śluzowe ad maximum blade, białe. Skóra biała, lśniąca, obrzękła. Cała prawa połowa twarzy zniekształcona przez twarde, gładkie nacieczenie, z obu szczękami zrosłe, uwypuklające znacznie prawą stronę twarzy. Otwieranie ust było do tego stopnia ograniczone, że zęby przednie nie mogły więcej oddalić się wzajemnie, niż na odległość ½ Cm. Szalone bóle zmuszały do stosowania codziennie morfiny. Upadek sił. Brak apetytu.

D. 15/XI, 906 r. rozpoczęto — bez nadziei na wyleczenie — naświetlania promieniami Roentgena, z zewnątrz i przez usta po 4½ H. co 3 tygodnie. Po 2 naświetlaniach guz zaczął się zmniejszać, po siedmiu wrócił apetyt i rumieńce na twarzy. Nacieczenie częściowo rozmiękło, wydzielając przez przetoki pod prawym okiem i koło trzonu żuchwy lepki płyn. W Sierpniu 1907 r., czyli po 11 naświetleniach nacieczenie wessało sie do rozmiarów obecnych t. j. do małej twardej blizny na kości. Stan ogólny wrócił zupełnie do normy. Od tej pory naświetlano w odstępach 3—4—6 tygodniowych zapobiegawczo. Od Kwietnia przerwano naświetlania. Dotychczas nie ma nawrotu. Naświetlań dokonywał kol. Górkiewicz.

Kozerski sądzi, że przypadek ten daje powód do przypuszczenia, że mamy do czynienia z wyleczeniem. Jeżeli tak, to nasuwa się pytanie, czy nie należałoby częściej, a przedewszystkiem *wcześniej*, niż to ma zwykle miejsce, próbować rentgenoterapi w przypadkach mięsaków.

W dyskusyi:

Krauze zapytuje Kozerskiego, czy na zasadzie swego doświadczenia jest on wstanie przepowiedzieć, jaka postać mięsaka może być leczona Roentgenem, a jaka — nie? Wiadomo bowiem, że w wielu podobnych przypadkach leczenie takie zawodzi zupełnie. Ważną jest rzeczą mieć rozpoznanie pewne, a więc dobre badanie drobnowidzowe. K. widział przypadek, w którym rozpoznawano klinicznie mięsaka miednicy; tymczasem bez żadnego specyalnego leczenia „mięsak" ten wessał się.

Kozerski z własnego, jak do tej pory, niewielkiego doświadczenia nic pewnego orzec nie jest w stanie, naogół jednak widzi on, że wynik dobry otrzymuje się bardzo rzadko; w swojej statystyce ma on zaledwie 3 takie przypadki. W wielkiej pracy jednego z angielskich autorów, wydanej w roku zeszłym, także nie znajdujemy odpowiedzi na pytanie kol. Krauzego. Ceteris

paribus, widoki wyleczenia lepsze są w przypadkach świeżych, niż w daleko posuniętych. Ważną również jest rzeczą, by guz leżał możliwie powierzchownie. Spostrzegane przez K. przypadki uleczone dotyczyły przeważnie nowotworów skórnych.

Sławiński miał możność przekonać się, że i w przypadkach zupełnie świeżych nie udaje się powstrzymać rozwoju nowotworu. Mięsak na dziąśle (epulis sarcomatodes), zaraz po usunięciu pierwotnego guzika naświetlany, rósł pomimo to dalej. Prócz tego S. zwraca uwagę, że nieraz guzy, rozpoznane drobnowidzowo, jako mięsaki, w przebiegu swym okazują się nie mięsakami.

Karczewski też zgadza się, że badanie drobnowidzowe, zwłaszcza jednego tylko kawałka, przytem jednokrotne, nie może być rozstrzygające. Kocher w swej pracy o przewlekłych zapaleniach szpiku kostnego powiada, iż co jedni — na zasadzie drobnowidzowego badania uznają, jako zapalenie, to inni nazywają „sarcoma".

Kryński sądzi, iż leczyć naświetlaniem należy tylko guzy, uznane za nienadające się do operacyi; pomijając niepewność wyników, leczenie promieniami trwa zwykle bardzo długo, co dla pacyentów nie jest rzeczą obojętną. Jednocześnie uznaje K. konieczność naświetlań po dokonanej operacyi.

Kozerski jest przekonany o uleczalności drogą naświetlań niektórych określonych postaci mięsaków, mianowicie przedewszystkiem t. zw. pierwotnych rozsianych mięsaków skórnych. Co się tyczy planu leczenia, to zdaniem K. — należy każdą operacyę dopełnić następczymi naświetlaniami.

Kijewski F. Wynik leczenia Roentgenem w wypadku, przedstawionym przez Kozerskiego, jest tak świetny, że wprost budzić może podejrzenie co do autentyczności mięsaka. Badanie drobnowidzowe istotnie bywa zawodne, pomyłki między przymiotem, mięsakiem, a naciekiem zapalnym—nie są nadzwyczajną rzadkością. Przytoczywszy kilka własnych obserwacyi, K. przychodzi do przekonania, że mając do czynienia z mięsakiem należy przedewszystkiem poddać go naświetlaniu, a dopiero potem operować, stosuje się to zwłaszcza do tych nowotworów, które dzięki specyalnym warunkom umiejscowienia wymagałyby zabiegu okaleczającego, np. odjęcia kończyny. Gdy po upływie dłuższego czasu naświetlanie nie daje wyraźnej poprawy, lub daje pogorszenie, wówczas, rzecz jasna, nie należy czekać zbyt długo z operacyą. Jeśli guz odrazu można wyciąć w sposób, nie pociągający za sobą kalectwa, wtedy należy operować odrazu.

Sławiński. Coley (z ameryki) podaje 200 przypadków mięsaków kości długich, przyczem wyprowadza wniosek, że naświetlanie daje lepsze wyniki, niż operacya. Należy przeto zawsze zaczynać od naświetlań, a dopiero potem operować.

Orzeł opisuje swój przypadek następujący: dziecko miało guz na szczęce, podobny do przedstawionego przez Kozerskiego; a więc były wszystkie kliniczne cechy mięsaka. Po roku dziecko, leczone zabiegami obojętnymi (przez innego lekarza), wyleczyło się prawie zupełnie. Badanie drobnowidzowe nie było tu robione.

Sawicki zaznacza, że uleczalność guzów w znacznym stopniu, być może, zależy od ich budowy drobnowidzowej; widujemy wielkie guzy, szybko zni-

kające pod działaniem promieni X, i maleńkie guziki, rosnące prędko, mimo promieni, a nowet wznowy, pomimo wczesnego usunięcia nowotworu i następczych naświetlań okolicy zoperowanej.

2. *Hincz.* 12/X, 1908 r. przybył do szpitala Dziec. Jezus 66-letni chory, który przed 14 laty miał robioną operacyę brzuszną z powodu, jak się zdaje, wgłobienia kiszek („kiszka weszła mu w kiszkę"). Po operacyi tej pozostała przetoka, przez którą stale wydzielała się pewna ilość kału, chory miewał jednak wypróżnienia i drogą naturalną. W rok mniej więcej po operacyi przez przetokę zaczęła wypadać kiszka, którą chory sam sobie odprowadzał. Na 3 dni przed przybyciem do szpitala chory, przyklękając w kościele, poczuł, że przez przetokę wysunęło się kiszki więcej niż zwykle, pomimo tego pozostał w kościele jeszcze blisko godzinę, po powrocie zaś do domu nie był w stanie kiszki wypadłej odprowadzić; wkrótce chory zaczął doznawać silnych bólów w brzuchu, wiatry zatrzymały się, w ciągu ostatniej doby przed przybyciem do szpitala kilkakrotnie wymiotował, miał ciągłe mdłości i czkawkę. Przy badaniu stwierdzono, że twarz chorego jest blada, oczy zapadłe, wargi sine, brzuch wzdęty i bolesny. Tętno 120. Na smudze białej, mniej więcej pośrodku między pępkiem i wyrostkiem mieczykowatym znajduje się guz kształtu stożkowatego, pokryty błoną śluzową, układającą się w grube fałdy poprzeczne. Przy unoszeniu dolnego brzegu guza widoczną jest krótka, grubości palca, szypuła również pokryta błoną śluzową.

Opierając się na wywodach i badaniu chorego, łatwo było przyjść do wniosku, że opisany guz jest to wynicowana ściana kiszki, która wciągnęła za sobą wyżej leżący odcinek kiszki w wąski otwór przetoki, na skutek czego nastąpiło uwięźnienie i zamknięcie światła kiszki. Do operacyi przystąpiono niezwłocznie: po otwarciu jamy brzusznej wydzielono z pośród licznych zrostów doprowadzający i odprowadzający odcinki kiszki, jak się okazało — poprzecznicy, i odcięto je, po uprzedniem zaciśnięciu kleszczami Doyena, następnie usunięto wypadniętą część kiszki wraz z rąbkiem skóry otaczającej przetokę, końce kiszki połączono szwem trzypiętrowym. Do jamy brzusznej wprowadzono worek Mikulicza. W ciągu pierwszej doby po zabiegu stan chorego był niezły: wymioty i bóle ustąpiły, wzdęcie brzucha zmniejszyło się, tętno jednak pozostało przyśpieszonem. Na drugą dobę chory zaczął uskarżać się na duszność i przy końcu 3-ej doby zmarł przy objawach wzrastającego osłabienia czynności serca.

Oględziny pośmiertne wykazały: rozlane zrazikowe zapalenie prawego płuca, serce w dwójnasób powiększone, szczególniej w wymiarze poprzecznym, mięsień sercowy blady, zwiotczały. W jamie otrzewnej znaleziono zaledwie parę łyżek krwawego płynu, pozatem otrzewna na całej przestrzeni gładka i lśniąca, szwy kiszkowe trzymały zupełnie dobrze.

3. *Kryński* przedstawia kamień żółciowy, wielkości orzecha tureckiego, i kilka mniejszych, które wydobył z przewodu żółciowego wspolnego u kobiety 44-letniej, cierpiącej od lat kilku na napady kolki żółciowej; w ostatnich miesiącach silna żółtaczka i gorączka. Obnażywszy cięciem poprzecznem dolną powierzchnię wątroby, przeciął Kr. pęcherz żółciowy, zawierający niewiele złogow, i przewód pęcherzowy cały aż do przewodu żółciowego wspólnego (ductus choledochus). Ten ostatni, znacznie rozszerzony,

zawierał wewnątrz przedstawiony kamień, tak silnie zaklinowany przy samem wejściu do dwunastnicy, iż nie udało się żadnemi kleszczykami go wydobyć stamtąd. Aby nie przecinać przewodu wspólnego, sprobował Kr. rozszerzyć go na tępo, co po krótkich usiłowaniach udało się o tyle, że można było wprowadzić doń koniec małego palca i wówczas, uciskając na kamień od strony jelita, wydostać go na zewnątrz. W dalszym ciągu wyciął Kr. pęcherz żółciowy, do przewodu wątrobowego wprodził sączek gumowy zeszył pozostałą część przewodu pęcherzowego i włożywszy popod przewody żółciowe pasmo gazy, pozostałą ranę w powłokach brzusznych zeszył. Przebieg pooperacyjny był bardzo pomyślny: 8-go dnia wyjęto sączek z przewodu wątrobowego, zaś w 4-ry tygodnie po operacyi chora z zupełnie zagojoną raną pojechała do domu.

W dyskusyi:

Oderfeld przypomina, że przed paru laty Peyer zastosował uruchomienie dwunastnicy, zapożyczone od Kocher'a do usuwania kamieni żółciowych z głębokiego odcinka przewodu wspólnego.

Karczewski sądzi, że przewód, mający światło prawidłowe, nie da się rozszerzyć palcem, należało by chyba zastosować do tego szereg rozszerzaczy stopniowo coraz grubszych. W przypadku Kryńskiego przewód musiał być już przed rozszerzaniem bardzo szeroki.

Krauze sądzi, iż przy rękoczynie Kryńskiego musiała być pomocna krótkość przewodów żółciowych, zależna od licznych zrostów.

Kryński odpowiada, że w opisanym przypadku groziła mu konieczność rozcięcia kiszki w celu wydobycia kamienia; tymczasem udało mu się skrócić i uprościć operacyę przez bardzo powolne i stopniowe rozciągnięcie przewodu palcem; zatem sposób ten, jako prowadzący do celu, był dobry i—na przyszłość w przypadkach analogicznych może być zalecany.

4. *Nowacki* przedstawia przypadek złamania dolnej szczęki po upadku z drabiny z wysokości I-go piętra.

Ponieważ umocowanie odłamów przez ściągnięcie drutem krańcowych zębów nie wystarczyło, i na 3-ci dzień po tej operacyi odłamy rozeszły się, przeto odsunąwszy od strony jamy ustnej z końców odłamów okostną, przeborowano w nich 2 dziurki, przez które przewleczono drut i po dokładnem ustawieniu odłamów drut ściągnięto.

Dla umocowania tego ustawienia przesunięto jeszcze drut po za zęby, jak było zrobione pierwotnie.

Po 4-ch tygodniach odłamy zrosły się zupełnie prawidłowo, ustawienie zębów i zgryz jest normalny.

Nowacki uważa ten sposób za najlepszy z tego względu, że aparaty Kingsley'a, Martell'a, Martigney'a są bardzo drogie i trudne do wykonania ze względów technicznych, gdyż wymagają brania specjalnej miary z obu szczęk, a powtóre szyna zakładana na podbródek dla utrzymania aparatu w jamie ustnej, zakrywa dostęp do rany na skórze.

Sposób wyciągu Hausmann'a i Seelhorsta nie wytrzymuje krytki.

Dostawanie się do odłamów przez robienie cięcia na skórze w miejscu, odpowiadającem pęknięciu żuchwy, o ile niema tam już rany wywoła-

nej danym wypadkiem, jest niepraktyczne, ponieważ zostawiamy wtedy bliznę i to w najwidoczniejszem (zwłaszcza u kobiety) miejscu.

W dyskusyi:

Sawicki dodaje, że on zwykle w tych razach nakłada szew od zewnątrz zwłaszcza, gdy już uraz spowodował ranę skóry. Szew od wewnątrz, jako niedający blizny skórnej, jest lepszy; możnaby się tylko obawiać, że przy takiem szyciu łatwiej się infekuje miejsce złamania i zrost odłamów może być utrudniony. W złamaniach żuchwy dobrą usługę nieraz oddawały szyny, zwłaszcza takie, które obejmują żuchwę z obu stron, t. j. od strony jamy ustnej i od zewnątrz.

Karczewski objaśnia, iż rana zewnętrzna nie odpowiadała miejscu złamania; zatem, chcąc szyć od zewnątrz, należałoby zrobić drugą ranę na skórze. Aparaty unieruchamiające mają ten brak, że powodują nieraz odleżyny, nie pozwalają utrzymywać jamy ustnej w czystości, wreszcie—są kosztowne.

Sławiński zaznacza, że szew od wewnątrz jest mniej pewny z racyi możliwości zanieczyszczenia i zakażenia rany, zwłaszcza wobec pruchnicy zębów. Po nałożeniu aparatu szynowego widział S. zgorzel skóry wskutek ucisku.

5. *Oderfeld* przedstawia preparat wielokrotnego zwężenia jelita cienkiego, otrzymany drogą opacyi. 24-letni chory przybył przed 4 tygodniami do szpitala z następującemi danemi: służy on w wojsku, gdzie wielokrotnie zapadał na zdrowiu, wskutek czego otrzymał urlop roczny. Skarży się na bóle w brzuchu, zjawiające się kilka razy dziennie, przyczem chory sam wyczuwa przez powłoki brzuszne twardy guz nad spojeniem łonowem. Wypróżnienia nieobfite, wymioty rzadkie. Chory wyniszczony, blady; brzuch umiarkowanie wzdęty, zwłasza w dolnym odcinku. Za pomocą obmacywania powłok można wywołać kłębienie się jelit nad spojeniem łonowem; jest to ów guz, o którym sam chory wspomina; kol. Mintz, który chorego obserwował, przysłał go do szpitala na operacyę z rozpoznaniem przewlekłego zwężenia jelita cienkiego. Dodać należy, że w płucach i sercu zmian nie znaleziono.

Po otwarciu jamy brzusznej uderza kolosalnie rozdęte jelito cienkie, które nie daje się wydobyć na zewnątrz z powodu grubego sznurka, idącego odeń ku dołowi w kierunku pęcherza moczowego. Przekonawszy się, że sznurek ów jest tworem łącznotkankowym i światła w sobie nie zawiera, że nie jest przedewszystkiem uchyłkiem Meckel'a, przecięto go; teraz dopiero udało się wydobyć nazewnątrz rozdęte jelito cienkie wraz z guzem, leżącym na jakie 15 cm. od owego sznurka, w kierunku do kiszki ślepej. Uderza przedewszystkiem, że jelito doprowadzające jest ogromnie rozdęte i wypełnione płynnym kałem w przestrzeni więcej niż metra, co naprowadza O. odrazu na myśl, że w danym przypadku, niezależnie od zwężenia z powodu wspomnego guza, istnieć musi powyżej w temże jelicie jeszcze inne zwężenie. Po dokładnem obejrzeniu wydobytego jelita stwierdzono: guz, przedstawiający się jako łącznotkankowe zwyrodnienie ściany jelita, zwężający światło tegoż, znajduje się w odległości 30 cm. od jelita ślepego; drugie zwężenie pod postacią obrączkowatego przewężenia na jelicie, leży na miejscu

przyczepu wyżej wspomnianego sznurka; wreszcie trzecie i czwarte zwężenie leży na 50 i 70 cm. od guza. W krezce, odpowiadającej omawianym odcinkom jelita, liczne powiększone gruczoły, dochodzące miejscami do wielkości kasztana. O. postanowił całe jelito wraz z krezką usunąć. W tym celu na dużej przestrzeni podwiązał krezkę poniżej gruczołów, prawie przy jej podstawie (radix mesenterii); następnie wyrezekował jelita ogółem 1 metr 30 cm. Połączenie obu odcinków uskuteczniono w ten sposób, że pozostałą pętlę jelita biodrowego (w odległości około 20 cm. od kiszki ślepej) na głucho zaszyto i w boczną jej ścianę wszyto jelito doprowadzające, daleko od niej wskutek rozdęcia grubsze (End—Seit Anastomosis). Jamę brzuszną całkowicie zaszyto. Chory zniósł ten zabieg wybornie i dziś po 3 tygodniach zupełnie uzdrowiony, opuszcza szpital.

Na preparacie, po rozcięciu tegoż, znaleziono: na miejscu guza ściana jelita przedstawia łącznotkankowe bliznowate zwyrodnienie. Grubość ściany wynosi tu około 3 cm., światło jelita przepuszcza gęsie pióro. Różnice pomiędzy różnemi warstwami tkanek na przekroju jelita zamazane; liczne serowate ogniska. Wewnętrzna powierzchnia pokryta owrzodzeniami. Na miejscu trzech innych zwężeń zewnętrzna powierzchnia jelita przedstawia obrączkowate zwężenie, surowicówka i mięśniówka tu zmienione niewiele; natomiast śluzówka, bliznowato zwyrodniona, tworzy w tych miejscach właściwą obrączkę, zwężającą światło jelita. Gruczoły krezkowe twarogowato zwyrodnione, miejscami zropiałe.

Tego rodzaju wielokrotne zwężenia, zdaniem O., do częstych nie należą.

W dyskusyi:

Karczewski przypomina jeden ze swoich przypadków, gdzie przy licznych gruźliczych przewężeniach jelita cienkiego otrzymano dobry wynik przez zespolenie odcinków powyżej i poniżej przewężeń licznych bez usuwania miejsc schorzałych. Wogóle K. sądzi, że w tych razach radykalizm nie jest wskazany i enteroenteroanastomosin przekłada nad rezekcyę.

Karczewskiemu Oderfeld odpowiada, że zacytowany przez Karczewskiego przypadek gruźliczego zwężenia jelit, dotyczący wspólnego ich kolegi, jest znacznie odmienny od wyżej podanego. Jeżeli kol. K. wykonał tam enterostomję, to prawdopodobnie uczynił to dla tego, że o rezekcyi całego konglomeratu kiszek nawet myśleć niemógł. Jest to zupełnie odmienna postać gruźlicy jelit, gdzie jedynie możliwym zabiegiem jest enteroanastomoza, jako operacya paliatywna, która, pomimo, że pacjent kolegi K. w kilka miesięcy później zmarł, może niekiedy na długie lata życie chorego przedłużyć. W demonstrowanym przypadku rezekcya rozległa była jedynym dopuszczalnym zabiegiem.

6. *Oderfeld* przedstawia przypadek roponercza, zależnego od kamienia, tkwiącego w miedniczce nerkowej. 50-letnia chora od 10 lat cierpiała na bóle w lewej okolicy lędźwiowej, a dwukrotnie miała obfitsze krwawienia z nerki. Ponieważ czuła się względnie dobrze, porady lekarskiej nie zasięgała i pracowała. Dopiero od roku czuje się gorzej, chudnie, od czasu do czasu gorączkuje; bóle umiarkowane. W takim stanie zapisała się do szpitala, gdzie stwierdzono: lewa nerka w dwójnasób powięk-

szona, bolesna, mocz zmięszany z ropą. Cystoskopia zmian w ścianach pęcherza nie wykazuje. Z lewego otworu moczowodowego wypływa czysta ropa, z prawego—czysty mocz, który oddzielnie zebrany zawierał ślady białka. Δ — 1,36^0. Wobec względnie dobrego stanu ogólnego, pomimo niskiego Δ, O. zdecydował się na usunięcie chorej nerki. Cięciem Bergman—Kosińskiego obnażono nerkę i ostrożnie ją oddzielono od otrzewnej; oddzielnie podwiązano każde naczynie. Zgrubiały zaś moczowód wraz z nerką w całości wydobyto. Włożono na miejscu łożyska moczowodu pasek gazy, poczem całkowicie zaszyto.

Pierwszego dnia po operacyi ilość dobowa moczu wyniosła 500 cm.; następnie stopniowo doszła ona do 1800 cm. Po 8 dniach zdjęto szwy. Rana zagojona rychłozrostem. Pacyentka zupełnie zdrowa. Na przekroju nerki widać oddzielne jamy ropni; w miedniczce spory kamień.

7. *Oderfeld* przedstawił preparat, otrzymany z operacyi t. zw. wrodzonej bocznej przetoki szyjowej (fistula colli congenita lateralis). Przypadek dotyczył 17 letniej dziewczyny, która do 14 roku życia nic o swojej wadzie rozwojowej nie wiedziała. Dopiero przed 3 laty zauważyła wydzielinę ropną z przetoki, leżącej tuż nad prawym stawem mostko-obojczykowym. Dolegliwości osobliwych z tego powodu nie doznaje, pragnie jednak pozbyć się nieustającej wydzieliny, która w ostatnich czasach maceruje poniekąd skórę w okolicy przetoki.

Badając znaleziono na wewnętrznym brzegu m. sterno-cleido-mastoidei, tuż nad stawem mostko-obojczykowym prawym, przetokę z ropną wydzieliną. Idąc od przetoki ku górze, wyczuwano sznurek, grubości pióra gęsiego, który ginie wysoko pod żuchwą. Wprowadzony zgłębnik wchodzi na 6 cm.

Operacyę wykonano w ten sposób, że obcięto przetokę naokoło i przeprowadzono cięcie wzdłuż wzmiankowanego sznurka wysoko ku górze. Wyosobnienie sznurka wraz z częścią skóry, otaczającej przetokę, nie przedstawiało żadnych trudności, sznurek leżał bowiem bardzo powierzchownie. Oddzielając sznurek, O. doszedł do miejsca, gdzie on przy m. biventer zaginał się ku wewnątrz pod kąt żuchwy.

Ponieważ z dużemi naczyniami nie był zrośnięty, więc i tu oddzielenie od otaczających tkanek większych trudności nie przedstawiało. Dla stwierdzenia ujścia sznurka, asystent włożył palec do ust pacyentki, a operator, idąc wzdłuż sznurka, spotkał się z palcem asystenta; rozdzielała ich ściana gardzieli. Tuż przy gardzieli sznurek podwiązano i odcięto. Włożono w górny kąt rany pasek gazy, a resztę rany zeszyto.

Po 8 dniach usunięto szwy; — rana zagajona per primam; górny kąt zabliźnił się doszczętnie po 2 tygodniach.

Jest to typowy przypadek wrodzonej przetoki szyjowej skrzelowego pochodzenia, i jak przyjmują powszechnie — pozostałość II skrzela.

Nasz przypadek należy do podrzędu przetok niekompletnych wewnętrznych, otwór bowiem wewnętrzny okazał się zamkniętym.

8. *Stankiewicz W.* przedstawia preparat połowy prącia, amputowanego mężczyźnie lat 52 d. 19/X w szpitalu Ewangielickim. Pacyent zauważył przed 2 laty rozwijającą się narośl na obwodzie żołędzi, i pomimo cią-

głego postępu choroby i bardzo dotkliwych cierpień, powodowany fałszywym wstydem, nie radził się lekarza aż do chwili obecnej. Badaniem S. stwierdził, iż źródłem choroby jest brodawczak włóknisty (papilloma fibrosum), który, zajmując tak powierzchnię jak i dążąc wgłąb, zniszczył większą część żołędzi i napletka. Cały napletek oraz przyległa część skóry przedstawiały się w kształcie masy sklerotycznej z kilku głębokiemi owrzodzeniami i podminowaniem skóry, z którego wydzielała się obfita ropa.

Jakkolwiek nie ulegało wątpliwości, iż zmiany te wywołane zostały przez nowotwór łagodny, co w zupełności potwierdziło badanie drobnowidzowe, wykonane przez Dr. Dunin-Karwicką, jednak ze względu na zniszczenie większej części żołędzi oraz prawie połowy prącia S. nie widział możności utrzymania prącia i wykonał amputacyę.

W dyskusyi:

Karczewski sądzi, że odcięcie prącia było zabiegiem zbytecznym, ponieważ operacyą zachowawcza, t. j. usunięcie tylko brodawczaków byłaby dała dobry wynik.

9. *Stankiewicz W.* pokazuje jądro, wycięte 42 letniemu mężczyźnie z powodu głębokich zmian gruźliczych w przyjądrzu, które na całej przestrzeni było usiane ogniskami serowatemi i ropniami, które dochodziły do skóry.

Przypadek ten zasługuje na uwagę z tego względu, że mamy tu do czynienia z pierwotnem zajęciem gruźliczem jądra lewego, podczas gdy inne narządy jak: pęcherzyki nasienne, stercz, pęcherz mocz., nerki znajdują się w stanie zupełnie zdrowym; również płuca są prawidłowe, i pacyent wogóle nigdy nie chorował. Pochodzi on z rodziny zdrowej, nieobarczonej gruźlicą, również ma żonę zdrową i kilkoro dzieci w stanie pożądanym.

W dyskusyi:

Kryński podkreśla praktyczną ważność zagadnienia, co robić z gruźliczą sprawą przyjądrza i jądra. K. wielokrotnie postępował zachowawczo, usuwając tylko przyjądrze i — otrzymywał stałe wyleczenie. Wiadomo, iż gruźlica może lata gnieździć się w przyjądrzu, nie przechodząc wcale na jądro. Przy usuwaniu jądra ważną jest rzeczą możliwie wysokie obcięcie vasis deferentis i wyłuszczenie pęcherzyków nasiennych.

Ciechomski jest zdania, że przypadek S. nadawał się do leczenia zachowawczego; wogóle gruźlica przyjądrza ma przebieg powolny i wielką skłonność do umiejscowiania się. Zapytuje też C. Kryńskiego, jak wyłuszcza on pęcherzyki nasienne cięciem, zrobionem do obnażenia jądra.

Oderfeld zaleca próbne cięcie jądra w celu przekonania się o stanie jego miąższu. Bywają przypadki, że jądro pozornie zdrowe — ma wgłębi ogniska gruźlicze, których bez cięcia rozpoznać nie sposób.

Krauze sądzi, że nawet przy obecności takich ognisk jeszcze można postąpić zachowawczo, wyskrobując znalezione miejsca schorzałe.

Sławiński zwraca uwagę na trudność różniczkowania między gruźlicą a tryprem. S. usunął sam jądro mężczyźnie lat 60, rozpoznawszy gruźlicę Na preparacie makrostopowo stwierdzono dwa ogniska rozpadowe (jedno

w jądrze, drugie w przyjądrze — oba wielkości orzecha laskowego). Mikroskop wykazał, że nie była to gruźlica, lecz sprawa ropna pochodzenia tryprowego.

Gabszewicz podaje jeden z licznych swych przypadków postępowania konserwatywnego: młody człowiek z naciekiem w szczycie płuca, dostał objawów gruźliczego zapalenia lewego przyjądrza. G. usunął ognisko gruźlicze w przyjądrzu. Po trzech miesiącach wybuchła choroba w prawem jądrze, które uległo znacznemu zniszczeniu tak że G. był zmuszony całkokowicie je usunąć. Obecnie pacyent jest zdrów i ma syna.

Karczewski: różniczkowanie między gruźlicą a tryprem bywa niełatwe, potrzebna jest nieraz dłuższa obserwacya. K. opisuje swój przypadek, gdzie stwardnienie w jądrze brano za gruźlicze, badanie spermy wykryło prątki Kocha, a mimo to po roku nie było śladu stwardnienia.

Kryński, podkreślając ważność sekrecyi wewnętrznej jąder, przypomina, że od lat 8—9 w przypadkach gruźlicy tychże narządów panuje konserwatyzm u wszystkich chirurgów. Co do wycinania pęcherzyka nasiennego (odpowiadając Ciechomskiemu) objaśnia, iż cięcie zwykłe przedłuża wysoko ponad Poupart'a i odsuwa pęcherz moczowy.

Sawicki w celu ratowania gruźliczego jądra stosował dwa razy z dobrym wynikiem sposób Bier'a (przekrwienie bierne).

10. *Stankiewicz W.* pokazuje zbiór kamieni moczowych, wydobytych przez cięcie kroczowe z części sterczowej cewki moczowej. Pacyent liczy 91 lat; przed 20 laty miał kamień pęcherzowy, pokruszony przez S-a.

Przed 15 laty utworzył się mały kamień w zachyłku sterczu, który to kamień udało się St. skruszyć i wydobyć.

Obecnie z powodu nagromadzenia się kamieni w uchyłku sterczowej części cewki St. zmuszony był wykonać cięcie kroczowe. Wydobycie kamieni było połączone z pewną trudnością, gdyż niektóre niemal sklejone były z otaczającemi ścianami zagłębienia. Ogółem kamieni było 15 od wielkości ziarnka grochu do małej śliwki.

Przebieg pooperacyjny pomyślny, pozwala mieć nadzieję wyzdrowienia chorego.

W dyskusyi:

Świątecki opisuje zupełnie podobny operowany przez siebie parę miesięcy temu przypadek: kamień moczowy, składający się z dwóch półkuli, połową tkwił w pęcherzu, połową zaś wypuklał się na kroczu w miejscu, gdzie uprzednio była robiona sectio mediana perinei. W celu wyjęcia kamienia wypadło go skruszyć dłutem.

11. *Gliksman.* Chory, Zelik A. lat. 55, przybył do szpitala na Czystem (Oddział chir. D-ra Oderfelda) z guzem wielkości pięści nad prawym więzem Puparta. Już dawno chory miał w tej okolicy guzik wielkości orzecha włoskiego, który mu nigdy nie dolegał. Od 2½ tygodni zauważył ból w guzie, który jednocześnie wyraźnie zwiększał się w swej objętości i bez szczególnych zaburzeń doszedł do obecnych rozmiarów. Chory nie gorączkował. Wypróżnienia cały czas były prawidłowe, nie wymiotował, brzuch nie był wzdęty. Przed operacyą sprawa przedstawiała się jako guz

twardy, mało ruchomy, bolesny na dotyk, szczególnie w dolnym biegunie, gdzie niedawno wystąpiło nieznaczne zaczerwienienie skóry. Skonstatowano zapalenie worka przepuklinowego. Operacya pod chloroformem. Powłoki, otaczające worek, były mocno zgrubiałe, nacieczone.

Wyosobniony do samej podstawy worek przecięto. Worek był wypełniony gęstą nieco cuchnącą ropą i znajdywał się w nim twór, w którym z łatwością rozpoznano nacieczony w stanie zapalnym wyrostek robaczkowy, końcem swoim i krezką przyrośnięty do bocznej ściany worka. Po oddzieleniu na tępo tego zrostu, po oczyszczeniu worka i otaczających części z ropy, wrota przepuklinowe rozszerzono i wysunięto na zewnatrz cały wyrostek z częścią kiszki ślepej. Z wyrostkiem załatwiono się typowo, jak w zwykłej apendektomii. Worek i nacieczone dokoła powłoki wycięto, a do brzucha włożono pasek gazy jodoformowej.

Preparat stanowi wyrostek robaczkowy z jego krezką, w swojej odśrodkowej części silnie nacieczony i przedziurawiony, jedna trzecia zaś część dośrodkowa jest zupełnie zdrowa. W danym razie mieliśmy typowe zapalenie wyrostka w worku przepuklinowym o zmianach całkowicie identycznych z temi, jakie znajdujemy w zapaleniu wyrostka w jamie brzusznej. Zwracamy uwagę głównie na gęstą zawartość ropną i na charakter zapalny zmian w wyrostku i w tkankach otaczających. Nigdy nic podobnego nie bywa w uwięźnięniu czy to kiszki z wyrostkiem, czy też samego wyrostka, gdyż wtedy zmiany w treści worka bywają o charakterze zgorzelinowym, worek nie zawiera zwykłej gęstej ropy, lecz produkty zgorzeli.

Przebieg pooperacyjny był zupełnie gładki, chory w 3 tygodnie całkowicie wyzdrowiał.

W dyskusyi:

Karczewski opisuje następujący swój przypadek: mężczyzna w młodym wieku miał doszczętnie zoperowaną przepuklinę pachwinową, z czasem począł zapadać na zapalenie wyrostka robaczkowego; wreszcie poddał się operacyi „na zimno“. K. zrobił cięcie małe, poprzeczne, wyrostek znalazł łatwo, lecz niesposób było uwolnić jego wierzchołek, leżący bardzo nizko. Zrobiwszy cięcie ku dołowi, przekonał się K., że czubek wyrostka tkwi w kanale pachwinowym, dokąd go najwidoczniej wszyto podczas operowania przepukliny. Na przypuszczenie Ciechomskiego, iż — być może — w tym razie była hernia coeci, K. odpowiada, że podczas ostatniej operacyi kątnica leżała w miejscu właściwem, a więc hernia coeci być nie mogła.

Krauze dodaje, iż miał przypadek prawdziwego uwięźnięcia wyrostka we wrotach przepukliny z częściowa zgorzelą końca wolnego.

12. *Sawicki B.* przedstawił szereg narzędzi chirurgicznych.

E. LEWENSTERN.

Posiedzenie dnia 10 grudnia 1908 r.

1. *Grosglik S.* Przedstawienie pacyenta po wyłuszczeniu sterczu.
2. *Stankiewicz C.* Przedstawienie chorej z wynicowaniem pęcherza moczowego.

3. *Kijewski F.* Przedstawienie 2-ch chorych po wycięciu okrężnicy esowatej.
4. *Hincz.* Przedstawienie chorego po zaszyciu ran żołądka.
5. *Oderfeld.* Pokaz żołądka, wyciętego z powodu raka.
6. *Grosglik S.* Pokaz trzech sterczów, operacyjnie usuniętych.
7. *Stankiewicz Cz.* Pokaz operacyjnie usuniętego nadnerczaka.
8. *Stankiewicz Cz.* Przypadek kamienia, wystającego do pęcherza z ujścia moczowodu.
9. *Hincz.* Pokaz znalezionego w przepuklinie wyrostka Meckel'a.
10. *Krauze.* Nowotwór jajnika u 14-to letniej dziewczynki.
11. *Krauze.* Pokaz jądra, wyłuszczonego z powodu wielkiego krwisteku.
12. *Krauze.* Drugi staw łopatki.

1. *Grosglik S.* przedstawił chorego, któremu wykonał przed 7-iu tygodniami wycięcie sterczu nadłonowe z powodu zupełnego przewlekłego zatrzymania moczu. Pacyent, urzędnik instytucyi bankowej w Warszawie, liczący obecnie rok 53-ci, już od kilku lat doznawał częstej potrzeby oddawania moczu, połączonego z ustrudnionym odpływem moczu. Z biegiem czasu dolegliwości te stale wzmagały się tak, że w lecie r. 1907 chory oddawał mocz co 15 lub 20 minut Niebawem wystąpiły objawy chorobowe ze strony narządów trawienia, jak to: niezwykła suchość jamy ustnej, gwałtowne pragnienie, ściskanie w gardle i nieprzezwyciężony wstręt do jadła; objawy te cechowały się niezwykłą uporczywością i w końcu przybrały charakter groźny. Na domiar złego utrudnienie w oddawaniu moczu doszło do tego stopnia, że ilość oddawanego każdorazowo moczu spadła do kilku kropel zaledwie, natomiast podczas snu występowało stale nietrzymanie moczu, który odchodził bezwiednie w ilości dość znacznej. Po długiem, a bezskutecznem zwalczaniu powyższych objawów środkami wewnętrznymi uznano za potrzebne opróżnienie pęcherza za pomocą cewnika. Jakoż dnia 5-go grudnia 1907 roku wprowadzono do pęcherza cewnik i wypuszczono znaczną ilość zalegającego moczu. Od tej chwili jednak znikła całkowicie możność dobrowolnego urynowania, i chory zmuszony był stale posługiwać się cewnikiem.

W ślad za tem ustąpiły prawie zupełnie objawy chorobowe ze strony narządów trawienia, natomiast mocz, dotychczas zupełnie przezroczysty, zmętniał, wystąpiła gorączka i gwałtowne parcie na mocz. W kilka dni po zastosowaniu cewnika zjawiły się w moczu liczne drobne kamyczki, które lekarz ordynujący zmuszony był usunąć za pomocą aspiratora. Wkrótce po tym zabiegu wystąpiły bardzo burzliwe objawy ze strony pęcherza, połączone z dreszczami i wysoką gorączką, która trwała przeszło 4 tygodnie i dosięgała częstokroć 40^0.

G. widział chorego po raz pierwszy w lutym r. 1908 i stwierdził stan następujący. Osobnik o cerze żółtej, wychudzony, chorób wenerycznych nie przechodził, skarży się na szęste napady gorączkowe, które trwają po kilka dni i którym towarzyszy silne zmętnienie moczu. Parcie częste, gwałtowne, bez możności oddania choć jednej kropli moczu. Cewnik wchodzi zazwyczaj

bez trudności, niekiedy jednak napotyka przeszkodę w głębi cewki. Mocz bardzo mętny, zawierający masę ropy. Badanie wykazało: narządy klatki piersiowej zmian nie przedstawiają, źrenice reagują prawidłowo, odruchy zachowane. Okolice nerek na ucisk niebolesne, nerki wymacać się nie dają. Palec wprowadzony do odbytnicy po opróżnieniu pęcherza pozwala dokładnie wyczuć gruczoł krokowy znacznie zmniejszony; oba jego zrazy są twarde, gładkie, każdy wielkości orzecha laskowego. Przy badaniu cystoskopowem, dokonanem po upływie kilku miesięcy, G. stwierdził niezwykle silnie rozwinięte beleczki (vessie à colonnes), bardzo liczne i głębokie uchyłki, błonę śluzową pęcherza mocno zaczerwienioną, brak zmian przerostowych w ujściu wewnętrznem cewki.

G. rozpoznał zupełne zatrzymanie moczu przewlekłe, które rozwinęło się z postaci przewlekłej niezupełnego zatrzymania moczu z rozstrzenią pęcherza. Za tło tych zaburzeń G. uważał zanik gruczołu krokowego wskutek zwyrodnienia włóknistego. Ponieważ stan chorego wciąż się pogarszał i czynił go do pracy niezdolnym, a wobec długotrwałości cierpienia nie było żadnych widoków na odzyskanie sprawności pęcherza, z drugiej zaś strony perspektywa posługiwania się cewnikiem do końca życia wprost chorego przerażała, G. uważał zabieg operacyjny za bezwzględnie wskazany.

Operacyę wykonał dnia 17 października 1908 r. w uśpieniu skopolaminowo-morfinowo-chloroformowem. Po dokładnem przepłukaniu pęcherza i napełnieniu 300 gramami wyjałowionego rozworu kwasu bornego, G. wykonał cięcie nadłonowe pęcherza podłużne. Po otworzeniu pęcherza okazało się, że otwór wewnętrzny cewki przedstawia szparę poprzeczną z wywiniętą ku dołowi dolną wargą. Wprowadziwszy do odbytnicy wskazujący palec lewej ręki odzianej w rękawiczkę, G. podparł nim mocno gruczoł krokowy i starał się możliwie jaknajbardziej uwydatnić go od strony pęcherza, co było rzeczą dość trudną z powodu nieznacznej wielkości gruczołu. Następnie nożyczkami naciął poprzecznie błonę śluzową pęcherza, poniżej dolnej wargi otworu wewnętrznego cewki i do utworzonej w ten sposób szczeliny wprowadził palec wskazujący prawej ręki, przy pomocy którego odłuszczył od tkanek otaczających najpierw lewy, a później i prawy zraz gruczołu krokowego. Z powodu małych rozmiarów gruczołu krokowego, ten akt operacyi nastręczał poważne trudności tembardziej, że z uwagi na młody jeszcze wiek chorego należało baczyć, aby zachować w całości część kroczową cewki wraz z przewodami wytryskującymi w celu zabezpieczenia czynności płciowych.

Po całkowitem oddzieleniu od części kroczowej cewki gruczoł został z rany wydobyty, poczem odcięto zwisającą wargę dolną otworu wewnętrznego cewki. Krwawienie było względnie nieznaczne i zostało zatrzymane gorącemi przemywaniami z kwasu bornego po przez cewnik, pozostawiony w cewce moczowej przez cały czas operacyi.

Dla ostatecznego zatrzymania krwawienia łożysko gruczołu krokowego zostało prowizorycznie wytamponowane gazą sterylizowaną. Górną część rany pęcherza zaszyto dwupiętrowym szwem katgutowym, przez pozostały zaś otwór w pęcherzu po usunięciu gazy wprowadzono gruby sączek. Ścianę brzuszną zaszyto szwem dwupiętrowym z pozostawieniem otworu dla sączka

pęcherzowego w dolnej części rany. Opatrunek. Usunięty gruczoł krokowy składał się z dwóch połączonych ze sobą zrazików, z których każdy był zaledwie wielkości orzecha laskowego; waga gruczołu wraz z odciętą śluzówką cewki wynosiła 5,7 grama.

Przebieg pooperacyjny, prawie zupełnie bezgorączkowy, zakłócony został w pierwszych dniach silnym kaszlem, spowodowanym przez katar oskrzeli. Pozatem stan ogólny był zadawalniający. Mocz odchodził przez sączek swobodnie i wciągu pierwszych dwóch dni zmięszany był z krwią, poczem przybrał barwę prawidłową. Wierzchnie części opatrunku były zmieniane kilka razy dziennie w miarę przesycenia moczem. Rano i wieczorem opatrunek zmieniano całkowicie i przepłukiwano starannie pęcherz kwasem bornym przez tkwiący w ranie sączek.

Piątego dnia po operacyi sączek został usunięty i od tej chwili przemywano pęcherz przez cewnik, wprowadzony do rany. Szóstego dnia szwy skórne zostały usunięte, część zaszyta rany zagoiła się przez rychłozrost. Dziewiątego dnia po operacyi otwór w pęcherzu był już tak zwężony, że nie przepuszczał cewnika Nelatona; płukanie pęcherza odbywało się przy pomocy cewnika, wprowadzonego przez cewkę moczową. W 17 dni po operacyi chory poraz pierwszy oddał mocz per vias naturales w dużej ilości, przyczem niewielka zaledwie część moczu wydobywała się przez ranę pęcherza.

Całkowite zamknięcie otworu pęcherza nastąpiło w 3 tygodnie po operacyi, zagojenie zaś ścian brzusznych w niespełna 5 tygodni. Chory oddaje mocz co 3 — 4 godziny bez żadnej trudności strumieniem ostrym i grubym, szczególnie zaś rano po 8-mio godzinnym śnie, niezakłóconym potrzebą urynowania. Oddany podczas demonstracyi mocz był prawie zupełnie przezroczysty. Ilość zalegającego jeszcze moczu wynosi zaledwie 40 — 60 cm. sześć.

W ten sposób, dzięki dokonanej operacyi usunięcia gruczołu krokowego, chory odzyskał sprawność pęcherza po 11 miesięcznem całkowitem zatrzymaniu moczu, które nie dawało najmniejszych widoków samoistnej poprawy. Napady gorączkowe, które tak często trapiły chorego przed operacyą, dotychczas nie powtórzyły się ani razu, funkcye płciowe zostały całkowicie zachowane, wytrysk nasienia odbywa się prawidłowo.

Na uwagę zasługuje jeszcze w przypadku tym zaznaczone w wywiadach zjawienie się w moczu licznych drobnych kamyków, które wystąpiły bezpośrednio po zastosowaniu cewnika i których usunięcie wymagało zastosowania aspiratora. Zagadkowe to zjawisko G. spostrzegł osobiście raz jeden w roku 1904 u chorego, który zwrócił się do niego z objawami, wielce podobnymi do opisanych w przypadku niniejszym, i u którego G. sam dokonywał opróżniania pęcherza 2 razy dziennie. W kilka dni po rozpoczęciu leczenia przy każdem wprowadzeniu cewnika wydobywały się z moczem złogi kwasu moczowego, których chory przed tem nigdy nie zauważył. Ponieważ badanie cystoskopowe wykazało obecność w pęcherzu niezliczonej liczby złogów, a śród nich niektóre były wielkości ziarnka grochu lub nawet nieco większe, G. zmuszony był wprowadzić litytryptor i większe okazy skruszyć, aby następnie wszystko razem usunąć z pęcherza za pomocą aspi-

ratora. Dłuższa obserwacya wykazała, że był to objaw przejściowy zarówno jak i w przypadku przedstawionym.

2. *Stankiewicz Cz.* przedstawia 20 letnią dziewicę z wynicowaniem pęcherza moczowego (exstrophia s. ectopia vesicae congenita), dotkniętą pozatem lewostronnem zapaleniem miedniczki nerkowej. S. zastanawia się nad rozmaitemi metodami operacyjnemi, któreby w danym przypadku można było zastosować, i co do wyboru zabiegu waha się pomiędzy wszczepieniem obu moczowodów do esicy, a wszczepieniem tylko prawego moczowodu łącznie z utworzeniem przetoki nerkowej (nephrostomia) po stronie lewej.

W dyskusyi:

Kryński nie godzi się na projekt Stankiewicza co do przetoki nerkowej. Sam raz jeden operował z powodzeniem według sposobu Maydl'a. Zalecać można sposób Maydl'a, zwłaszcza z poprawką Borelius'a.

Borzymowski zaleca sposób, osobiście przed 2-ma laty wypróbowany, mianowicie wszczepianie moczowodów pozaotrzewnowe sposobem Peters'a. Przy tej metodzie unika się możliwości ciężkiego zakażenia otrzewnej.

Stankiewicz W. Istniejące w danym przypadku zapalenie miedniczek nerkowych bardzo wikła sprawę. Wszczepienie do kiszki moczowodów w tych warunkach prowadziłoby do pogorszenia sprawy zapalnej. Zdaniem S., należałoby wszczepić oba moczowody do miejsca, odpowiadającego normalnie położeniu cewki.

Grosglik sądzi, iż wobec braku cewki, należałoby trójkąt pęcherzowy wpuścić do pochwy i dać chorej zbiornik. W ten sposób uwolni się chorą od uciążliwego krwawiącego guza, wytworzonego z wynicowanej sluzówki.

Karczewski sądzi, że metoda Maydl'a nie zabezpiecza od zakażenia wstępującego dróg moczowych, a wskutek tego nie zasługuje na polecenie. Zdaniem K. nierównie racyonalniejsze są te sposoby, w których kanał do odpływu moczu wytwarza się kosztem ściany odbytnicy, a więc całkowicie odosabnia się tę ostatnią od dróg moczowych.

Sawicki rozważywszy wszystkie proponowane sposoby operowania, przychodzi do wniosku, iż najlepsza byłaby modyfikacya metody Maydl'a, zastosowana przez Berg'a, który połączył sposób Rutkowskiego ze sposobem Maydl'a, mianowicie tak, jakto proponował Rutkowski, Berg wycina pętlę jelita cienkiego, jeden koniec tej pętli wpuszcza on do esicy, drugi zaś łączy z moczowodami. Tym sposobem pętla jelita tworzy rodzaj zbiornika opróżniającego się do esicy.

3. *Kijewski F.* przedstawia dwóch chorych po wycięciu esicy.

I. Josek K., lat 40, z zawodu kamasznik, przyjęty do szpitala Św. Rocha 26 października r. b. Chory przed pół rokiem wyczuł w lewej pachwinie guzik, który wszakże nie powodował z początku jakichś znaczniejszych dolegliwości. Dopiero od 3-ch miesięcy zaczęła choremu dokuczać biegunka, często z przymieszką krwi. Guz cały ten okres czasu powoli, lecz stale zwiększał się.

Chory średniego wzrostu, skóra wiotka, blada, słabo odżywiona i unaczyniona. Tętno miękkie, słabo napełnione. Tony serca czyste, lecz nieco głuche. W płucach niema nic nieprawidłowego. Wyczuwa się w lewym

dole biodrowym guz twardy, mało ruchomy, prawie zupełnie bezbolesny na ucisk, wielkości pięści dorosłego człowieka. Mocz kwaśny, ciężaru 1021, białka ani cukru nie zawiera. Rozpoznano rozpadający się nowotwór esicy.

31 października dokonano wycięcia esicy w uśpieniu morfinowo-chloroformowem: cięcie skórne w lewym dole biodrowym, równolegle do więzu Pouparta i po nad nim, długości około 15 ctm. Po otworzeniu brzucha znaleziono nadzwyczaj mocne i obszerne zrosty kiszki. Najpierw uwolniono esicę od zrostów okolicznych, oddzielono ją od przyrosłej sieci. Do rany brzusznej wyciągnięto schorzały odcinek esicy, poczem wykonano samo wycięcie jelita na przestrzeni około 22 ctm., a następnie oba odcinki przeciętego jelita zeszyto metodą "end-to-end" szwem trzypiętrowym.

Oprócz tego cały ten odcinek jelita przykryto siecią. Otrzewną ścienną, mięśnie, powięź oraz skórę zaszyto częściowo, do jamy wprowadzono trzy tampony.

6-go dnia po operacyi zmieniono opatrunek całkowicie przy podniesionej wówczas powyżej 38° ciepłocie chorego. Po usunięciu wszystkich szwów i tamponów, z głębi rany wydzieliła się pewna ilość ropy. Do jamy wprowadzono sączek. Opatrunek wilgotny pod ceratką.

Następnego dnia t° opadła. Chory miał kilkakrotne wypróżnienia po uprzedniem zażyciu ol. ricini w małych dawkach. Z głębi rany wydzielać się poczęła niewielka ilość kału. W trzy tygodnie po operacyi zarówno stan ogólny chorego, jak i stan rany operacyjnej poprawiły się tak dalece, że chory zaczął chodzić już 23 listopada. Kału w ranie od tego czasu już nia widać wcale, ropy bardzo niewiele, waga chorego—100,25 funta. W 17 dni potem stwierdzono 10-funtowy przyrost wagi. Obecnie operowany czuje się zupełnie dobrze, rana już niemal całkowicie zabliźniona.

II. Josek N., lat 69, z zawodu kamasznik, zapisał się do szpitala św. Rocha 24 sierpnia 1908 r. — W listopadzie 1907 roku w jednej z lecznic prywatnych wykonał mu K. operacyę z powodu raka esicy, powodującego całkowitą niedrożność jelit. Pozatem N. cierpiał na silnie rozwiniętą rozedmę płuc. Kijewski wykonał wówczas w uśpieniu chloroformowem cięcie brzuszne w linji środkowej. Guz wydobyto na zewnątrz rany brzusznej, a pętle do — i odprowadzającą kiszki w ich częściach zdrowych wszyto w brzegi (aby ułatwić sobie przytrzymanie napiętej esicy w ranie, przebito jej krezkę sączkiem szklanym, którego oba końce wyprowadzono na zewnątrz rany). Po umocowaniu w ten sposób kiszki, zrobiono odbyt nieprawidłowy. W 3 tygodnie po tej przygotowawczej operacyi wykonał K. w znieczuleniu miejscowem wycięcie zajętego przez nowotwór odcinka esicy długości około 15 ctm., usuwając jednocześnie w kształcie klina część krezki esicy oraz powiększone gruczoły chłonne. Brzegi przeciętej krezki zeszyto jedwabiem, oba zaś końce wyciętej kiszki połączono guzikiem Murphy'ego i wpuszczono do jamy brzusznej. Ranę ściany brzucha zaszyto tylko częściowo, wprowadzając do niej tampony. Po 6 dniach wystąpiły objawy niedrożności jelita, a to wskutek zatkania światła samego guzika gęstym, dosyć zbitym kałem. Doprowadzająca pętla uległa mocnemu rozdęciu, szwy puściły i guzik wypadł do rany w ścianie brzucha.

Wkrótce potem chory przebył opadowe zapalenie płuc. Ponieważ mocno dokuczala mu rozedma i następcze osłabienie działalności serca, przeto z owym odbytem nieprawidłowym, zresztą doskonale wykonującym swą czynność, wysłano chorego do miejscowości lesistej.

Po przybyciu chorego do szpitala znaleziono w pośrodkowej okolicy brzucha, na granicy śródbrzusza i podbrzusza światła obu odcinków kiszki, t. j. do i odprowadzającego. Skóra naokoło bliznowo zmieniona; cała ta okolica znacznie wypuklona ku przodowi. Badanie wewnętrzne (t. j. przez otwarte światło kiszki) nie wykrywa w jamie brzusznej żadnego guza, a jedynie twarde pasma w niektórych miejscach. W moczu białka ani cukru niema.

Stan ogólny chorego zupełnie zadawalający. 5 września wykonano operacyę zaszycia odbytu nieprawidłowego w znieczuleniu miejcowem za pomocą płynu Schleich'a. Po oddzieleniu przyrośniętej kiszki ściągnięto 3-piętrowymi szwami symetryczne punkty obwodów obu odcinków kiszki, nakładając odpowiednio światło jednego odcinka na światło drugiego. Do wnętrza brzucha wprowadzono paski gazy jodoformowej.

Jednakowoż ta operacya nie doprowadziła do pożądanego wyniku, albowiem już czwartego dnia po operacyi z rany począł wydobywać się kał, szew kiszkowy w znacznej części puścił; utrzymała się jedynie wązka obrączka zeszytego jelita pośrodku rany. Kał odchodził prawie wyłącznie przez odbyt nieprawidłowy. Stan ogólny chorego był w każdym razie dobry.

22 października, t. j. w 7 tygodni po pierwszej nieudanej operacyi, wykonano znów połączenie odcinków kiszki. Cięcie skórne poprowadzono zupełnie tak samo, jak i w pierwszej operacyi, po otworzeniu jamy brzusznej pętlicę kiszki oddzielono na znacznej przestrzeni, poczem szwem 3-piętrowym połączono metodą „end-to-end" oba światla kiszki Na ranę — rzadkie szwy węzełkowe. Do jamy otrzewnej wprowadzono jeden tampon jodoformowy.

W 5 dni po operacyi zdjęto część szwów skórnych — w ranie znaleziono minimalną ilość kału; tegoż dnia chory oddał stolec per vias naturales. W 2 tygodnie po operacyi chory zaczął chodzić. W ciągu drugiej połowy listopada w ranie tylko czasami można było dostrzec ślady kału. Od końca zaś listopada aż do chwili obecnej, t. zn. w ciągu przeszło 2 tygodni kału w ranie nie było widać, otwór w jelicie zarosł zupełnie, a zreszta i cała rana obecnie prawie w zupełności jest zabliźniona.

Mamy zatem 2 chorych, dotkniętych jednakowemi cierpieniami — carcinoma flexurae sigmoideae.

Każdy z tych chorych operowany był innym sposobem.

W jednym przypadku wykonano operacyę dwuczasowo, a właściwie aż 4 razy. Najpierw wydobyto guz na zewnątrz i zespolono kiszkę z raną zewnętrzną, a wobec ciężkich objawów niedrożności, zmuszeni byliśmy do natychmiastowego otworzenia kiszki. Wycięcie zaś guza i zeszycie kiszki wykonane były po upływie kilku tygodni, jednak bez dodatniego wyniku. Musiano wykonać trzykrotnie operacyę, zaczem osiągnięto zamknięcie światła kiszki. Skutkiem tego leczenie trwało kilka miesięcy.

W drugiem spostrzeżeniu operacya była wykonana jednorazowo. Wycięto 22 cm. esicy wraz z rozpadającym się guzem, oba odcinki kiszki zeszyto ze sobą „end-to-end“ 3 piętrowym szwem. Miejsce zeszyte na kiszce okryto jeszcze siecią, z obawy, aby nie nastąpiło rozlane zapalenie otrzewnej, jamę brzuszną tamponowano. Ta ostrożność okazała się zbawienną, gdyż w rzeczy samej część szwów puściła i tylko zawdzięczając tamponacyi uniknięto groźnego niebezpieczeństwa.

Chory ten szybko wrócił do zdrowia. Leczenie trwało zaledwie kilka tygodni i operacya była tylko raz jeden przedsiębrana.

Przy porównaniu obydwóch przypadków postępowanie w drugim — jednoczasowe wykonanie operacyi—wykazuje wielką przewagę, gdyż zabieg jest więcej prosty i czas trwania leczenia znacznie krótszy; tamponowanie jednak jamy brzusznej stanowi tu warunek nieodzowny, jest to klapa bezpieczeństwa.

K. zwraca w końcu uwagę na pewną trudność rozpoznania w tych przypadkach, gdzie guz znajduje się w dolnym odcinku esicy. K. ułatwia sobie badanie w ten sposób, że zaleca choremu wziąć lawatywę i zaraz, bezpośrednio po odejściu tejże, bada chorego. W tych warunkach zwykle guz znacznie się obniża i wówczas łatwiej go można wyczuć palcem od strony kiszki prostej.

W dyskusyi:

Leśniowski co do postępowania z odcinkami esicy po wycięciu tejże sądzi, że należy kierować się stopniem ruchomości odcinków: jeżeli ruchomość jest dostateczna, należy łączyć odcinki szwem odrazu; w przeciwnym razie lepiej początkowo wykonać odbyt nieprawidłowy, a dopiero następnie starać się wytworzyć łączność pomiędzy odcinkami.

Sawicki przypomina sposób Rosenheima, ułatwiający wyczuwanie nizko położonych guzów esicy. Chorego należy ułożyć na prawym boku tak, by głowa leżała niżej, nogi zaś wyżej. Lekarz staje poza plecami chorego, wprowadza mu palec lewej ręki do kiszki prostej, prawą zaś ręką naciska na ścianę brzuszną ponad lewym wiązem Poupart'a. Przy takiem badaniu, które S. stosował wielokrotnie, najłatwiej można wyczuć guz w dolnej części esicy.

4. *Hincz* przedstawia 40 letniego pacyenta, którego przed 2-ma miesiącami przywieziono do szpitala z raną kłutą brzucha na 3 poprzeczne palce powyżej kolca biodrowego przedniego górnego. Znalazłszy u chorego objawy krwawienia wewnętrznego, natychmiast przystąpił do laparotomii. Okazało się przebicie krezki esicy ze zranieniem naczyć oraz dwie drążące rany w dnie żołądka, z których jedna leżała na przedniej, druga na tylnej ścianie tegoż; rany miały długość około $^3/_4$ ctm. każda. Szew dwupiętrowy na obie rany. Podwiązanie naczyń krezki kiszki grubej. Worek Mikulicza, szew częściowy powłok brzusznych. Przebieg bez zarzutu. Dziś pacyent jest zupełnie zdrów. H. podkreśla ten godny zastanowienia fakt, iż wobec bardzo nisko położonej tuż nad grzebieniem kości biodrowej rany powłok — znalazły się 2 wysoko położone rany żołądka.

5. *Oderfeld* przedstawia preparat całkowitego żołądka, pochodzący od 40 letniej chorej, której O. wyciął cały prawie żołądek z powodu raka, zajmującego małą krzywiznę. Chora ta od 3-ch miesięcy skarżyła się na stałe bóle w nadbrzuszu; wymiotów nigdy nie miała. W ostatnich czasach znacznie schudła. Kol. Mintz stwierdził zupełną bezkwasotę soku żołądkowego. Znajdując w nadbrzuszu niewielki, twardy guz i opierając się na powyższych danych, rozpoznał on raka małej krzywizny żołądka i skierował chorą do oddziału Oderfelda dla dokonania operacyi.

Po otwarciu jamy brzucha w linii pośrodkowej znaleziono: odźwiernik bez zmian; w odległości 2 ctm. od odźwiernika wyczuwamy w ścianie żołądka na małej krzywiźnie guz, zajmujący zarówno przednią, jak i tylną ścianę żołądka i dochodzący prawie na 2 ctm do wpustu.

W sieci małej, zrośniętej z lewym płatem wątroby, wyczuwamy dwa gruczoły chłonne. Wobec tych danych należało albo jamę brzuszną zaszyć całkowicie, nic dla chorej nie uczyniwszy, lub zdecydować się na zabieg radykalny w postaci wycięcia całego żołądka. O. wybrał drogę ostatnią. Po podwiązaniu ponad gruczołami chłonnymi sieci małej, uprzednio od zrostów uwolnionej, a następnie sieci dużej, przecięto żołądek między dwoma zaciskadłami tuż przy odźwierniku. Szew trzypiętrowy dwunastnicy; następnie w odległości około 1½ ctm. od guza, również między dwoma zaciskadłami, przecięto żołądek tuż przy wpuście.

Tym sposobem usunięto cały żołądek; pozostał tylko niewielki kikut żołądkowy, który również na głucho zaszyto. Kikut ten połączono za pomocą anastomozy z jelitem cienkiem. Oba ramiona jelita t. j. do i odprowadzające również połączono ze sobą za pomocą anastomozy; tym sposobem pokarmy z przełyku wchodzą wprost do jelita cienkiego.

W danym wypadku O. mówi o całkowitej rezekcyi żołądka pomimo, iż pozostał niewielki kikut z tego ostatniego dla tego, że kikut ten w procesie trawienia żadnej roli grać nie będzie, a posłużył do szczelnego, całkowitego zamknięcia wpustu. Przebieg pooperacyjny bez zarzutu; dziś zdjęto szwy; chora czuje się zupełnie dobrze *).

6. *Grosglik S.* przedstawił trzy stercze, usunięte drogą cięcia nadłonowego u trzech osobników z ciężkiemi zaburzeniami na tle prostatyzmu.

W pierwszym przypadku wykonał operacyę prawie in extremis. Chory przeszło 60 letni R. D. nadleśny, opowiada, że przed trzema laty zauważył w moczu dużo krwi, przytem doznawał częstej potrzeby urynowania. Od tego czasu krwiomocz zjawiał się co kilka tygodni i trwał za każdym razem po kilka dni.

W jesieni roku 1907 wystąpiło parcie na mocz, który jednakże odchodził bardzo małemi ilościami. Zatrzymanie moczu zaskoczyło chorego zdala od domu dnia 28 lutego 1908 roku.

Po powrocie do domu wezwał lekarza, który cewnikiem metalowym wypuścił dwie kwarty moczu. To samo powtórzono dnia następnego.

*) W czasie czytania niniejszego protokułu chora opuściła już szpital, odżywiając się płynnymi i papkowatymi pokarmami. Stan ogólny znakomicie się poprawił.

W pierwszych dniach marca chory przybył do Warszawy i umieścił się w jednej z lecznic prywatnych, gdzie przebył około 2-ch tygodni. Tu jednak zastosowano cewnik wszystkiego 2 czy 3 razy, gdyż opróżnianie pęcherza było połączone z niezwykłymi bólami, które chory lokalizował w końcu prącia i łydkach. Pozostawiony własnemu losowi chory przebył 2 tygodnie w lecznicy wśród okropnych boleści wskutek nagromadzenia się nadmiernej ilości moczu w pęcherzu. W końcu uryna zaczęła odchodzić bezwiednie w ilościach niewielkich.

W kilka dni po wypisaniu się z lecznicy wystąpił znaczny obrzęk prawej kończyny dolnej, który z dniem każdym się powiększał. Gdy G. po raz pierwszy widział chorego dnia 20 marca, znalazł stan następujący:

Chory średniego wzrostu, dobrze zbudowany, ciepłota prawidłowa, tętno 90, język suchy, silne pragnienie, wstręt do jadła; prawa kończyna dolna od pachwiny do palców znacznie obrzmiała, przy ruchach bolesna. Między udami leży kaczka szklana z niewielką ilością słabo-mętnego moczu, który przeważnie odchodzi kroplami bezwiednie, lub przy bardzo silnem i bolesnem parciu. Pęcherz, wypełniony moczem, sięga wyżej pępka. Gruczoł krokowy znacznie powiększony, twardawy lecz gładki. Nerek wymacać nie udaje się.

Następnego dnia G. wprowadził cewnik Merciere'a, który wszedł zupełnie swobodnie i bez bólu, lecz po wypuszczeniu pierwszej szklanki moczu chory dostał tak gwałtownych boleści, że, pomimo obandażowanej nogi zerwał się z łóżka i z nieludzkim krzykiem jął drapać ścianę. Kateter S. natychmiast usunął i zastrzyknął choremu 0,02 gr. morfiny. Podobno takich samych boleści chory doznawał i w lecznicy przy każdorazowej próbie cewnikowania. Wobec takiego stanu rzeczy G. uważał wszelkie dalsze manipulowanie cewnikami za niemożliwe i za jedyny punkt wyjścia uznał interwencyę chirurgiczną.

Tymczasem dnia 25 marca chory utracił przytomność i w tym stanie beznadziejnym przeleżał dni kilka. 30 marca, gdy już chory przytomność odzyskał, G. został na życzenie prof. Kuzniecowa ponownie wezwany; wówczas udało się nakłonić chorego do operacyi.

Odwieziony do lecznicy Czerwonego Krzyża chory został przedewszystkiem poddany badaniu cystoskopowemu w celu ustalenia dyagnozy, gdyż zdawało się, że szalone bóle, które występowały podczas wypuszczania moczu cewnikiem nie mogą zależyć jedynie od przerostu gruczołu krokowego. Badanie to, dokonane pod chloroformem, wykazało jednak, że miano do czynienia z typowym przerostem gruczołu krokowego; pozatym błona śluzowa pęcherza przedstawiała lekkie zmiany zapalne, a mięsień pęcherzowy tworzy silnie rozwinięte beleczki (vessie a colonnes); ani ciała obcego, ani też nowotworu nie znaleziono. W ten sposób badanie cystoskopowe potwierdziło pierwotne rozpoznanie, nie wyjaśniło jednak przyczyny owych strasznych bólów, jakie towarzyszyły cewnikowaniu. Badania G. dokonał przy pęcherzu wypełnionym moczem, który po skończeniu badania został wypuszczony, pęcherz przemyto kwasem bornym. Ilość wypuszczonego moczu wynosiła około 2000 cm. sześć.; był blady, kwaśny, o niskim ciężarze gatunkowym i zawierał ślady białka oraz nieliczne leukocyty w osadzie.

Chory zniósł badanie bardzo dobrze, nie narzekał na bóle i w ciągu kilku następnych dni odczuwał znaczną ulgę.

Operacyę G. wykonał dnia 13 kwietnia 1908 roku w uśpieniu chloroformowem przy łaskawej pomocy profesora Kuzniecowa oraz kolegów Franckiego i Abramowicza. Po opróżnieniu i wypłukaniu pęcherza, napełniono go 300 gr. kwasu bornego i pozostawiono cewnik na cały czas operacji. Cięciem podłużnem nadłonowem dotarto do pęcherza i otworzono go. Gruczoł krokowy sterczał do pęcherza w postaci guza, który unosił ku górze otwór wewnętrzny cewki, tworząc znacznych rozmiarów bas-fond. Jeden z pomocników wprowadził palec do kiszki stolcowej w celu unieruchomienia i podparcia gruczołu krokowego, G. zaś sam naciął nożem błonę śluzową pęcherza w najbardziej wystającem miejscu gruczoła i w powstałą w ten sposób szczelinę poprzeczną wprowadzi wskaziciela prawej ręki, następnie i palec środkowy, którymi odłuszczał kolejno najpierw lewy zraz gruczołu, później zaś prawy. Największe trudności nastręczało oddzielenie wewnętrznych powierzchni obu zrazów od dolnej ściany cewki kroczowej, a to skutkiem znacznej grubości powłok brzusznych, a co zatem idzie, głęboko leżącego pola operacyjnego. Uchwyciwszy tedy odseparowaną część gruczołu w mocne szczypce, G. pociągnął ją ku górze i palcem, wprowadzonym do cewki, rozerwał błonę śluzową; w ten sposób udało mu się oddzielić gruczoł od tkanek otaczających. Pozostałe po usunięciu gruczołu krokowego duże łożysko krwawiące przestrzyknął gorącym roztworem kwasu bornego, poczem palec lewej ręki, odzianej w rękawiczkę, wprowadził do odbytnicy, wskaziciela zaś prawej ręki do rany i dokonywając ucisku dwuręcznego, mógł przekonać się, że oba palce oddzielone są od siebie ścianą, odpowiadającą mniej więcej grubości kiszki. Łożysko gruczołu krokowego wytamponował gazą jodoformową, której koniec wyprowadził nazewnątrz przez otwór pęcherza; na ranę pęcherza nałożył dwupiętrowy szew katgutowy z pozostawieniem w dolnej części otworu, przez który został wprowadzony do pęcherza syfon Guyon-Perrier'a. Mięśnie ściany brzusznej i skóra zostały zeszyte oddzielnie aż do miejsca zetknięcia z syfonem. Opatrunek szczelny.

Usunięty gruczoł składa się z 2-ch zrazów (każdy wielkości jaja kurzego) połączonych zapomocą spoidła tylnego. Waga gruczołu wynosiła 75 gramów.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Ciepłota niekiedy dochodziła do 38,4 przy stanie ogólnym doskonałym, syfon działał sprawnie, i chory leżał sucho. Opatrunki zmieniano początkowo raz dziennie, po usunięciu zaś syfonu, gdy mocz odchodził przez otwór nadłonowy, zmiana opatrunku odbywała się w miarę przesycenia moczem. Tampon z gazy jodoformowej, pozostawiony w łożysku gruczołu krokowego, został usunięty na trzeci dzień po operacji, syfon zaś piątego dnia. Od tej chwili płukanie pęcherza odbywało się zapomocą rurki gumowej, wprowadzonej każdorazowo przez otwór nadłonowy Rana goiła się prawidłowo i szybko się wypełniała ziarniną. 19-tego dnia po operacji chory po raz pierwszy oddał mocz drogą naturalną bez żadnej trudności i bez bólu. Całkowite zagojenie rany nastąpiło w 6 tygodni po operacji. Chory opróżnia pęcherz całkowicie, oddaje mocz

co kilka godzin strumieniem prawidłowym. Dodać należy, iż obrzmienie dolnej kończyny natychmiast po operacyi zaczęło ustępować i w ciągu 2—3 tygodni znikło całkowicie.

Następny preparat pochodzi od chorego 61-letniego, urzędnika kolejowego J. O., który od szeregu lat dotknięty był częstą potrzebą urynowania i u którego pod koniec r. 1907 wystąpiły objawy niezupełnego, chronicznego zatrzymania moczu z nieodłączonemi zazwyczaj w takich razach dolegliwościami, jako to: bezwiednem odchodzeniem moczu w nocy i przypadłościami ze strony narządów trawienia. W styczniu 1908 roku objawy te wzmogły się do tego stopnia, że lekarz w Radomiu uznał za konieczne opróżnić choremu pęcherz zapomocą cewnika. Po tym zabiegu wystąpiło całkowite zatrzymanie moczu i odtąd chory zmuszony był stale posługiwać się cewnikiem. W pierwszych czasach wprowadzanie narzędzia szło dość łatwo, później jednak połączone było z coraz to większą trudnością, tak, że chory musiał niekiedy biedzić się całą godzinę, zanim zdołał przeszkodę przezwyciężyć; niekiedy zaś usiłowania jego spełzały na niczem, i cała manipulacya musiała być odkładana na pomyślniejszą chwilę. Wkrótce też przyłączyło się i znaczne zmętnienie moczu, jako wyraz zakażenia pęcherza i, co za tem idzie, coraz to częstsza potrzeba wprowadzania cewnika. Uprzykrzywszy sobie życie kateterowe, chory zwrócił się do G. z żądaniem operacyi.

Badanie wykazało: osobnik słaby, nerwowy z silnie rozwiniętymi guzami hemoroidalnymi i całkowitem zatrzymaniem moczu, wymagającem opróżniania pęcherza 4—6 razy na dobę. Mocz, wypuszczony cewnikiem, bardzo mętny, zawiera około 0,5$^0/_{00}$ białka i liczne leukocyty w osadzie. Przy badaniu per rectum G. stwierdził, że gruczoł krokowy nie jest powiększony, konsystencyę ma prawidłową i powierzchnię gładką. Cystoskop również nie wykazał żadnych wybitnych zmian w obrębie ujścia wewnętrznego cewki, dały się tylko zauważyć silnie rozwinięte beleczki i uchyłki w ścianie pęcherza tudzież stan zapalny błony śluzowej. Dodać należy, że bardzo skrupulatne badanie nie wykazało żadnych zmian organicznych w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; brak też w wywiadach wszelkich danych na to, aby chory kiedykolwiek dotknięty był syfilisem.

Na mocy powyższych danych G. określił zaburzenia pęcherzowe w danym przypadku, jako prostatyzm starczy bez powiększenia gruczołu krokowego, co zresztą jest zjawiskiem nie tak rzadkiem; uznał zabieg operacyjny za wskazany.

Operacyę G. wykonał dnia 7 maja 1908 roku w uśpieniu chloroformowem przy łaskawej pomocy kolegów Wertheima, Kiełkiewicza i Laskowskiego. Przed operacyą został wprowadzony do pęcherza cewnik elastyczny, pęcherz opróżniony, starannie przemyty i napełniony kwasem bornym. Cięciem podłużnem G. dotarł szybko do pęcherza i naciął go, przyczem okazało się, że ściana pęcherza posiadała niezwykłą grubość. Okolica otworu wewnętrznego cewki przedstawiała się w postaci niewielkiego wzgórka, na wierzchołku którego znajdował się otwór wielkości łebka od szpilki; pod naciskiem jednak cewnika otwór ten łatwo się rozszerzał. Błona śluzowa wykazywała na wzgórku tym liczne zmarszczki, promienisto zbiegają-

ce się w otworze. Palcem wskazującym lewej ręki, odzianej w rękawiczkę, G. podparł i unieruchomił gruczoł krokowy od strony kiszki stolcowej, prawą zaś ręką, uzbrojoną w nóż, naciął półeliptycznie błonę śluzową pęcherza tuż pod otworem wewnętrznym cewki, poczem rozpoczął wyłuszczanie gruczołu. Była to praca nader mozolna, szczególnie przy oddzielaniu gruczołu od tylnej ściany cewki kroczowej, z którą tworzył jedną całość. Była nawet chwila, kiedy zdawało się, że będzie musiał poprzestać na rezekcyi bocznych części gruczołu w celu szybszego ukończenia operacyi, obawiał się jednak, aby pozostawiona część środkowa nie była powodem dalszych zaburzeń w oddawaniu moczu i nie uczyniła daremnym całego zabiegu. Mając ten wzgląd na uwadze G. zdecydował się na oddarcie paznogciem dolnej ściany cewki kroczowej co, chociaż nie było łatwe, dało możność wydobycia gruczołu w całości. Krwawienie było znaczne i nie dało się wstrzymać irygacyami gorącemi, skutkiem czego G. postanowił wytamponować gazą cały pęcherz, nadto dla zatrzymania krwawienia w głębi cewki wprowadził cewnik Pezzer'a na stałe, dla ułatwienia zaś sobie dostępu do łożyska gruczołu na wypadek ponownego krwawienia przyszył dolny brzeg pęcherza do skóry jednym szwem katgutowym. Ranę pęcherza oraz ranę ściany brzusznej pozostawił niezaszyte. Opatrunek.

Usunięty gruczoł krokowy ma kształt asa kierowego i waży 10,5 gr., a zatem jest mniejszy od normalnego (waga normalnego gruczołu krokowego wynosi 15—20 gr.).

Przebieg pooperacyjny, aczkolwiek bezgorączkowy, był jednak ciężki. Przez cały pierwszy tydzień — wymioty, spowodowane chloroformem, później uporczywe rozwolnienie, które trwało ze dwa tygodnie, niedomaganie ogólne, brak łaknienia. Rana goiła się bardzo powoli, skutkiem tego pęcherz zaczął funkcyonować zaledwie w dwa miesiące, zagojenie zaś rany nastąpiło po upływie 4 — 5 miesięcy od operacyi. Obecnie chory opróżnia pęcherz doszczętnie bez żadnej trudności strumieniem silnym i grubym. Oddawanie moczu odbywa się w odstępach 2 godzinnych we dnie, w nocy zaś co 3—4 godziny. Zanotować jednak należy, że podczas urynowania pokazuje się niekiedy kropelka moczu w bliźnie, co świadczy, że pomimo napozór doskonale zagojonej rany, pozostała przetoka włoskowata dla gołego oka niedostrzegalna. Jestto niewątpliwie następstwo przyszycia dolnego brzegu pęcherza do skóry podczas operacyi.

Wreszcie 3-ci preparat pochodzi od chorego, który był demonstrowany na początku posiedzenia i którego historya choroby została już wyżej opisana.

W Dyskusyi:

Kryński podnosi z uznaniem dobre wyniki, otrzymane po wycięciu gruczołu krokowego w trzech omówionych przez G. przypadkach. Z pomiędzy nich najbardziej godnym uwagi jest trzeci, gdzie objawy prostatyzmu były najcięższe, gdzie była prawie zupełna niemożność urynowania przy jednoczesnej prawie 1½ litrowej ilości moczu zalegającego. G. wykonał cięcie nadłonowe, usunął gruczoł krokowy, założył czasową górną przetokę pęcherzową i obecnie po zagojeniu się przetoki czynność pęcherza

jest wyborna. Zdawaćby się mogło więc — że skoro po operacyi ustąpiły objawy chorobowe, to tej właśnie operacyi zawdzięczać należy tą poprawę. Lecz tu rzecz ma się nieco odmiennie, w każdym razie nie tak, jak tłomaczy to sobie i nam kol. G. Wycięty gruczoł krokowy ważył niespełna 5 grm. co dowodzi bardzo znacznego jego zaniku. W tym stanie i tej wielkości gruczoł nie mógł w żadnym razie grać roli przyczynowej w zaburzeniach czynności pęcherza, której to roli szukać należy gdzieindziej, a przedewszystkiem w zmianach mięśni samej ściany pęcherzowej (t. zw. prostatismus sine hypertrophia postatae). Stąd więc wynika, iż nie było tu żadnych wskazań do wycięcia gruczołu krokowego, który też kol. Grosglik wyciął zupełnie niepotrzebnie. Czemu jednakże przypisać należy ten piękny wynik pooperacyjny? Oto temu, że robiąc nadłonową przetokę pęcherzową dla założenia syfonu, kol. G. podniósł pęcherz ku górze i spowodował jego zrost z tylną powierzchnią ściany brzusznej, czyli mówiąc inaczej, wykonał zupełną t. zw. cystopexia suprapubica — operacyę, poleconą przez Kryńskiego w celu poprawienia czynności pęcherza w różnych postaciach chorobowych przerostu gruczołu krokowego, przedewszystkiem zaś w przypadkach prostatismus sine hypertrophia prostatae, czego właśnie przykład przedstawia nam okazany przez kol. G. przypadek.

Grosglik zna metodę Kryńskiego. Sposobem tym operował 2 razy Goldman: raz miał poprawę, raz nie miał jej wcale. O ile wiadomo Grosglikowi, dziś nikt nie robi tej operacyi. G. kilka razy u chorych z kamieniem pęcherza i przerostem gruczołu krokowego oraz zatrzymaniem moczu robił cięcie pęcherza nadłonowe, a więc również bezwiednie przytwierdzał pęcherz, mimo to poprawy objawów prostatycznych nie otrzymał.

Borzymowski potwierdza, że u chorego, operowanego przez Kryńskiego, widział bardzo dobry wynik. Co do przypadków, przytaczanych przez G., nie można powiedzieć, by tenże robił operacyę Kryńskiego. Sposób tan wymaga przyszycia dna pęcherza; tymczasem Grosglik, robiąc cystotomię, powodował przyrost do ściany brzusznej przedniej ściany pęcherza, a nie dna jego.

Oderfeld. W ostatnich trzech latach zaczęto coraz więcej zarzucać dawniej stosowane metody leczenia objawów, powodowanych przerostem gruczołu krokowego, a wykonywać prostatektomją O. również począł ten zabieg wykonywać, lecz wskazania dlań uważa za bardzo ograniczone nawet w późniejszych okresach cierpienia. O. podziela poniekąd pogląd Socin'a, który uważa przerost gruczołu krokowego za stan, który należycie konserwatywanie traktowany daje zupełnie zadawalniające wyniki. Jeżeli z niektórych klinik (Czerny) wychodzą prace, bardzo zachęcające do tego zabiegu, to z drugiej strony przeciwstawić im można wyniki z kliniki klinicystyurologa tej miary co Rovsing, który nie podziela zapału w tym względzie niemieckich chirurgów, a stosując leczenie konserwatywne, otrzymuje wyniki dobre. Rozumie się, że i Rovsing nie leczy wszystkich prostatyków à outrance metodę konserwatywną; stosuje i on leczenie operacyjne, jednakże z dużą odględnością. O. miał sposobność o tej sprawie rozmawiać z jednym z poważniejszych niemieckich chirurgów, który również nie zalicza się do bezwzględnych zwolenników tej operacyj, twierdząc, że i ogła-

szane wyniki nie zawsze odpowiadają rzeczywistości. W dwóch ostatnich przypadkach kol. Grosglika, tych w których gruczoł krokowy okazał się niewielkim, otworzenie pęcherza (sectio alta) oraz następcze leczenie mogło duży dodatni wpływ mieć na wynik operacyi.

Ciechomski zwraca uwagę, że, pomimo zalecania bardzo licznych zabiegów operacyjnych (rezekcya sznurków nasiennych, usuwanie jąder, operacya Bottini'ego i t. d.), dotąd na mamy żadnego, któryby dawał pewne wyniki. Każdy z tych sposobów w jednym przypadku daje wynik niezły, zato w innym zawodzi.

Grosglik podkreśla tę okoliczność, że i on przystępuje do wycięcia gruczołu krokowego dopiero po wyczerpaniu wszelkich innych sposobów leczniczych, stosownych uprzednio przez czas dłuższy.

7. *Stankiewicz Cz.* omawia operowany przez siebie przypadek nadnerczaka-hypernephroma renis dextri. 43-letnia kobieta, zamężna od lat 25, urodziła 8 razy, ostatnio przed $3^1/_2$ laty. Miesiączkuje prawidłowo, po 2—3 dni, bez bólów. Od dziewięciu miesięcy zauważyła, że „coś rośnie" w prawem podbrzuszu. Przez wiotkie powłoki brzuszne wyczuwa się guz wielkości głowy ludzkiej o powierzchni nie zupełnie równej, dość twardy, nieco ruchomy. Guz ten zajmuje prawe podżebrze i dolnym brzegiem sięga na 4 palce poprzeczne poniżej linii poprzecznej, przeprowadzonej przez pępek. Nerka prawa niewyczuwalna. Macica i jej przydatki prawidłowe. Na przedniej powierzchni guza leży okrężnica wstępująca, co wykazano przez rozdęcie jelita grubego powietrzem. Chromocystoskopia (sposobem Völckera) wykazuje zupełną sprawność obydwóch nerek. Operacya 7/XI.08. Cięcie zewnątrzotrzewnowe, zbliżone do cięcia Bergmana-Kosińskiego. Wyłuszczenie guza zrośniętego z nerką, nerki prawej i całkowite wycięcie moczowodu prawego. Otrzewną, naruszoną przy wyłuszczeniu w dwóch miejcach, zeszyto. Krwawienie w czasie zabiegu nieznaczne. Do powstałej jamy włożono gruby dren i kilka pasków gazy wyjałowionej; pozatem ranę w powłokach zeszyto. Okres zdrowienia niczem nie powikłany, szybki.

Badanie drobnowidzowe guza wykazało budowę nadnerczaka. Na preparacie anatomicznym przedstawionym przez S. widać, iż nowotwór wrasta w nerkę; istnieje również w miąższu nerki kilka ognisk przerzutowych.

8. *Stankiewicz* przedstawia kamień, długości 4 ctm, szerokości 3-ch grubości około 2 ctm., usunięty z pęcherza moczowego drogą colpocystotomii u 42-letniej kobiety. Waga około 50 gramów. Badanie chemiczne kamienia, wykonane przez dra Serkowskiego, wykazała w nim obecność kwasu fosforowego i wapnia *(fosforan wapnia).* Na uwagę zasługuje, iż kamień ten, pomimo swych znacznych rozmiarów, nie sprawiał chorej żadnych dolegliwości i wykryty został przypadkowo, za pomocą cystoskopu.

W danym przypadku usunięto również, przez nacięcie ściany pięć drobnych kamyków z rozszerzonego do wielkości dużego orzecha laskowego dolnego odcinka moczowodu lewego, *(kamienie moczowodowe).*

Prześwietlenie promieniami Röntgena nie wykazało obecności innych kamieni ani w moczowodach, ani w nerkach.

9. *Hincz* przedstawia uchyłek Meckel'a, usunięty operacyjnie podczas

doszczętnego operowania przepukliny pachwinowej wrodzonej u 9-cio letniego chłopca.

Uchyłek ten długości 12 ctm. i szerokości około 1¼ ctm. wierzchołkiem swym był mocno zrośnięty z dnem worka przepuklinowego, zkąd w postaci pasma mocno napiętego biegł ku górze ginąc końcem dośrodkowym w kanale pachwinowym. Przy pociągnięciu końca górnego z kanału pachwinowego wydobyto pętlę kiszki cienkiej, od której odchodził uchyłek. Amputacya uchyłka. Szew 3 piętrowy na jelita. Operacya Bassinie'go. Wyzdrowienie.

10. *Krause* przedstawia guz jajnika, wycięty 14-letniej dziewczynce. Chora przybyła do szpitala 7-go kwietnia 1907 r., skarżąc się na ból w brzuchu, który od kilku tygodni staje się coraz większym. Przed kilkoma laty chora kaszlała dośc mocno i raz jeden miała krwioplucie. Miewała zwykle rozwolnienie, to znów zaparcie. Na brak apetytu nie narzekała. Przy badaniu okazało się: chora blada, odżywianie mocno upośledzone. W płucach ani w sercu nic szczególnego nie wykryto. Brzuch powiększony, w dolnej części odgłos wypukowy tępy, w jamie otrzewnej płyn. Po wypuszczeniu płynu przezroczystego z jamy otrzewnej, wyczuć można było guzy nieduże, przeważnie leżące po stronie prawej, ciepłota ciała podniesiona. Rozpoznano gruźlicze zapalenie otrzewnej i przeniesiono chorą na oddział wewnętrzny, ponieważ na operacyę się nie zgodziła; stamtąd po kilku miesiącach wypisała się. Gdy brzuch powiększał się coraz bardziej, i chora czuła się coraz gorzej, zapisała się ponownie na oddział Krauzego w dniu 29 listopada roku bieżącego. W ciągu tego czasu kilkakrotnie chorej wypuszczano z jamy otrzewnej płyn, który bywał przezroczysty, i dopiero przy ostatniem wypuszczeniu okazał się ciemnym, krwawym, lepkim. Po powrocie chorej do szpitala K. stwierdził: wygląd chorej bardzo mizerny, brzuch kolosalnie powiększony, po stronie prawej twarde guzy, które sięgają do prawego podżebrza; w innych miejscach guzy, w których wyczuwa się chełbotanie. Na całym brzuchu odgłos wypukowy tępy. W płucach nic nieprawidłowego, w sercu u wierzchołka wyraźne szmery. Trzeciego dnia po przybyciu chorej, K. przystąpił do operacji w uśpieniu z początku chloroformem a następnie eterowem. Po przecięciu ściany brzusznej, okazało się, że guz mocno jest przyrośnięty do otrzewnej, i z trudnością zrosty dają się oddzielić. Po możliwie ostrożnem oddzieleniu zrostów i podwiązaniu sieci, która do guza była przyrośnięta, okazało się, że miano do czynienia z ogromnym guzem prawego jajnika. Wypuszczono trójgrańcem płyn w ilości około 4—5 litrów, podwiązano szypułę i z pewnym wysiłkiem guz usunięto.

Chora zniosła operacyę bardzo dobrze, jest dziś 6 dzień i chora ma się dobrze.

Guz składa się w części z tkanki twardej, w części zaś z torbieli wielokomorowej, z której podczas operacji wypuszczono płyn lepki, krwawy. Guz bez płynu waży 16 funtów. Badania drobnowidzowego jeszcze nie ukończono.

11. *Krauze* przedstawia preparat krwiaka mosznowego—haematoecle testis sin.

Chory 50 kilkoletni przed kilkunastoma laty zauważył, że jądro lewe powiększa się. Bólu żadnego nie miał i dla tego uwagi na to żadnej nie zwracał. W ostatnich czasach poczęło się powiększać i prawe jądro, lewe zaś doszło do dużych rozmiarów. Wobec tego, chory zapisał się do szpitala, aby się poddać operacji. Przy badaniu okazało się: lewe jądro bardzo powiększone, twarde, nie bolesne;. obecności płynu stwierdzić nie można. W osłonie pochwowej prawego jądra znajduje się płyn w dość dużej ilości. Operacyę wycięcia jądra lewego K. wykonał w uśpieniu chloroformowem po uprzedniem podwiązaniu powrózka nasiennego.

Z prawej strony wykonał operacyę doszczętną sposobem *Winkelmana.*

Przy zbadaniu wyciętego jądra okazało się: po przecięciu powłoki jądra z samej osłony pochwowej wylewał się płyn gęsty krwawy a jama wypełniona brunatną miazgą; w dolnym odcinku znajduje się jądro, mocno przyrośnięte do wewnętrznej powierzchni osłony pochwowej; jądro to zanikłe, przyjądrza oddzielić nie można. Osłona pochwowa bardzo gruba, składająca się z kilku warstw. Chory wyzdrowiał.

12. *Krauze* przedstawia preparat i opisuje przypadek guza łopatki, który wytworzył drugi staw tejże. 15 letnia dziewczyna od bardzo już dawna zauważyła, że prawa łopatka coraz więcej odstaje od klatki piersiowej. Po stronie wewnętrznej w blizkości kręgosłupa utworzył się guz miękki, który chorej przeszkadzał w ruchach prawej kończyny górnej. Lekarz, do którego się udała po poradę, przekłół guz i wypuścił sporą ilość płynu przezroczystego. Gdy to nie pomogło, przybyła do szpitala. Przy badaniu okazało się: pod brzegiem wewnętrznym prawej łopatki znajduje się guz twardy, okrągły, wychodzący z przedniej powierzchni łopatki; guz niebolesny, porusza się razem z łopatką podczas ruchów czynnych i biernych. Na około guza wyczuwa się tkanki miękkie, lecz chełbotania stwierdzić nie można. Wszystkie ruchy kończyny prawej swobodne.

Operacyę K. wykonał w uśpieniu chloroformowem. Cięcie wzdłuż wewnętrznego brzegu łopatki i naokoło dolnego kąta. Po oddzieleniu wszystkich mięśni doszedł do guza i stwierdził, że guz kostny znajduje się w torbie, która przyczepia się do podstawy guza; po przecięciu torby wylała się bardzo mała ilość płynu. Guz K. odpiłował za pomocą piłki łańcuszkowej, a torbę mocno przyrośniętą do tkanek sąsiednich i do 6 i 7-go żebra klatki piersiowej, w całości wyłuszczył. Na 6 i 7 żebrze znajdował się rodzaj panewki o wystającym brzegu. Panewka miała kształt owalny i wymiary: w kierunku dłuższym okolo 4 cm. i w kierunku krótszym około 2½ cm. Ranę zaszył częściowo. Chora ma się dobrze. Guz przedstawia się pod postacią główki pokrytej chrząstką, torba o dość grubych ścianach; zewnętrzna powierzchnia torby nierówna a wewnętrzna gładka. Wyłuszczona torba ma 2 otwory, z których gorny odpowiada miejscu, gdzie brzeg tejże obejmował podstawę guza (szyjkę główki); dolny otwór znajduje się na miejscu, gdzie torba była przyrośnięta do wgłębienia na 6 i 7 żebrze.

E. LEWENSTERN.

Posiedzenie dnia 14 stycznia 1909 r.

1. *Krauze L.* Przedstawienie chorej z biodrem szpotawem i zwichnieniem wrodzonem.

2. *Krauze L.* Pokaz chorego, operowanego z powodu wypadnięcia odbytnicy, sposobem Rehna i Delorme'a.

3. *Jankowski Cz.* Przedstawienie chorego oraz przeparatu krtani, całkowicie wyciętej z powodu raka.

4. *Grosglik S.* Pokaz odłamów kamienia pęcherzowego, usuniętego przez skruszenie u kobiety.

4. *Borzymowski J.* Pokaz wyrostka robaczkowego z kostką przy wierzchołku.

6. *Wertheim A.* Pokaz wyrostka robaczkowego, uwięzionego w przepuklinie pachwinowej.

1. *Krauze* przedstawił chorą z biodrem szpotawem i zwichnieniem wrodzonem oraz rentgenogram chorego stawu biodrowego.

Chora 12 letnia dziewczynka podobno, będąc małem dzieckiem, upadła. Od kilku lat skarży się na bóle w kończynie prawej dolnej, chodząc kuleje. Prawa kończyna dolna krótsza, skręcona ku wewnątrz, krętarz wielki stoi powyżej linii Roser-Nelatona. Adductores femoris skurczone. Odwodzenie bardzo ograniczone. Na rentgenogramie widać: panewka wypełniona, główka zmieniona stoi na zewnątrz, szyja końci udowej ustawiona prawie poziomo.

W dyskusyi Leśniowski wyraża powątpiewanie co do pochodzenia zman w stawie biodrowym, uwydatnionych na zdjęciu rentgenowskiem: zniszczenie prawie zupełne główki i panewki przemawiają raczej za tłem gruźliczem sprawy. Znamienne dla biodra szpotawego zgięcie łukowate szyi może być niekiedy wynikiem i gruźliczych zmian w kości.

Borzymowski również uważa wywichnienie w przypadku przedstawionym za zapalne, cały ząś obraz rentgenograficzny za charakterystyczny dla trzeciego okresu zapalenia gruźliczego stawu biodrowego.

Oderfeld przeciwnie sądzi, że zmiany w stawie biodrowym, o których mowa, nie są koniecznym dowodem przebytej sprawy zapalnej, przyczem powołuje się na przedstawiony na posiedzeniu chirurgicznem przypadek własny ze zmianami podobnemi, który był niewątpliwie pochodzenia niezapalnego.

Krauze w odpowiedzi wyjaśnia, że rozpoznanie opierał nie tylko na obrazie rentgenograficznym, lecz również na wywiadach, które wykazują brak zupełny jakichkolwiek danych co do przebytego cierpienia gruźliczego stawu, jako to: bólów, obrzmienia zapalnego, ropienia, gorączki i t. p.

2. *Krauze* pokazał chorego, operowanego z powodu wypadnięcia odbytnicy sposobem Rehna i Delorme'a.

Chory 43 letni mężczyzna przed rokiem był operowany z powodu guzów krwawnicowych sposobem Vercesco w znieczuleniu lędźwiowem za pomocą stowainy. Wkrótce po operacyi zauważył, że wskutek nadymania się podczas wypróżnienia wypada błona śluzowa odbytnicy, wydziela się

znaczna ilość śluzu, czasem zmięszana z krwią. Stan chorego stopniowo pogarszał się i nareszcie w ostatnich czasach wypadnięcie doszło do dość dużych rozmiarów, co bardzo dokuczało choremu. Znaleziono: naokoło otworu stolcowego znajduje się blizna po przebytej operacyi; podczas nadymania się chorego wypada odbytnica długości około 7 cm.; błona śluzowa jej obrzękła, przekrwiona, pokryta śluzem, palec wprowadzony do odbytnicy nie wyczuwa nic nieprawidłowego. Operacyę K. wykonał dnia 11 grudnia 1908 r. sposobem Rehna i Delorme'a, zasadzającą sie na wyciągnięciu na zewnątrz całej wypadniętej kiszki, odosobnieniu całej śluzówki, sfałdowaniu błony mięśniowej części wypadłej za pomocą kilku szwów, odprowadzeniu owej części i przyszyciu śluzówki kiszki prostej do otworu stolcowego. Podczas operacyi krwawienie było dość znaczne i wymagało nałożenia kilku podwiązek. Chory zniósł operacyę dobrze, po kilku dniach nastąpiło wypróżnienie i obecnie, nawet wobec najmocniejszego wydymania się odbytnica nie okazuje najmniejszej skłonności do wypadnięcia. Badanie odbytnicy palcem wykrywa jeszcze dość gruby wał na wysokości 2 cm. od otworu stolcowego.

Jest to drugi przypadek, operowany przez K. tym sposobem. Pierwszy daleko cięższy od przytoczonego, dotyczył 36-letniej kobiety wieloródki cierpiącej na wypadnięcie odbytnicy od kilku lat.

Otwór stolcowy znaleziono bardzo szeroki, zwieracz — nadzwyczaj rozciągnięty, kiszka wypadała na przestrzeni 15 cm. od najmniejszego poruszenia chorej, tembardziej podczas wypróżnienia, oddawania moczu i chodzenia, tak iż prawie ciągle znajdowała się na zewnątrz. Operacyę wykonał mówca sposobem wyżej podanym w znieczuleniu lędźwiowem zapomocą stowainy w sierpniu r. z., na 2 dni przed wyjazdem zagranicę. Z powodu tak zwiotczałego zwieracza zewnętrznego i obszernego otworu stolcowego K. miał zamiar jednocześnie wykonać zwężenie otworu sposobem Helfericha lub Hoffmana. Chora jednak podczas operacyi straciła tyle krwi, że jednoczesne wykonanie tej dodatkowej operacyi uważał K. za niemożliwe i odłożył ją do swego powrotu. Po powrocie jednak, nie zastawszy już chorej w szpitalu, dowiedział się, że chora miała się bardzo dobrze, kiszka wcale nie miała skłonności do wypadania, chora utrzymywała dobrze stolec, czego wpierw nie mogła dokonać i wynik operacyi narazie był pod każdym względem tak dobry, że operacya ta okazała się zbyteczną.

Poprzednio operował K. wypadnięcie odbytnicy albo sposobem Thirscha u osób starszych, lub za pomocą colopeksyi intra lub extra-peritonealnie. Wyniki jednak nie zadawalniały mówcy w zupełności; aczkolwiek nie spostrzegał nawrotu wkrótce po operacyi, lecz niejako skłonność już rozwiniętą jeszcze podczas pobytu chorych w szpitalu.

Operacya zaś sposobem Rehna i Delorm'a jest prosta i daje wyniki bardzo dobre przynajmniej nie gorsze niż wszystkie inne sposoby.

3. *Jankowski* przedstawia chorego po wycięciu całkowitem krtani metodą Gluck'a, tudzież preparat usuniętego narządu.

Mężczyzna lat 48 przybył w kwietniu do oddziału d-ra Sokołowskiego w szp. Ś-go Ducha, wśród objawów duszenia się; tracheotomia, wykonana niezwłocznie, usunęła niebezpieczeństwo bezpośrednie. Z wywiadów oka-

zało się, że od 3 miesięcy cierpi na chrypkę i stale wzmagającą się duszność, bólów żadnych nie doznaje. Badanie wziernikiem krtaniowym wykryło sprawę chorobową, zajmującą obie struny fałszywe i lewą prawdziwą.

Rozpoznanie wahało się pomiędzy nowotworem złośliwym a gruźlicą: odczyn Calmette'a wypadł dodatnio. Po paru tygodniach wypisał się ze szpitala z poprawą, przychodził jednak co pewien czas do ambulatoryum szpitalnego kol. Erbricha. Po wyjściu chorego ze szpitala chrypka wzmagała się coraz bardziej, oddychanie bez rurki tracheotomijnej było coraz trudniejszem, a wreszcie zupełnie uniemożliwionem, zaczął doznawać bólów w okolicy krtani; stan ogólny stale się pogarszał. J. widział chorego poraz pierwszy w początku listopada 1908 r. Za pomocą wziernika krtaniowego widzieć się dawał guz wielkości małej wiśni, wystający ze światła krtani, z pod podstawy nagłośni, lecz na tąż nie przechodzący, barwy mocno czerwonej, powierzchni nierównej, łatwo krwawiący od dotknięcia, struny głosowe zupełnie, niewidoczne. Krtań opukiwana dawała odgłos tępy, wymiar jej poprzeczny powiększony, gruczoły na szyi nie wyczuwalne. Usunięta drogą wewnątrzkrtaniową cząsteczka guza w celu zbadania pod drobnowidzem, wykazała budowę raka płasko-komórkowego. Wobec tego chory zapisał się do oddziału chirurgicznego w szpitalu Ś-go Ducha, i 20/XI.08 J. wykonał mu wycięcie całkowite krtani w sposób następujący.

Ułożenie chorego jak do tracheotomii, uśpienie chloroformowe z uprzedniem wstrzyknięciem morfiny. Cięcie skórne podłużne od kości grdykowej prawie do wcięcia mostka, cięciem tem okrajano również szeroko otwór po dawnej tracheotomii, od obydwu końców cięcia powyższego poprowadzono dwa cięcia poprzeczne; otrzymane w ten sposób płaty oddzielono ku zewnątrz. Następnie oddzielił J. przyczepy mięśni (st-thyreoid. i st-hyoid.) do chrząstki tarczowej i odseparował powierzchnię jej przednią i boczne. Po odsunięciu na dół cieśni gruczołu tarczycowego, odosobnił również z przodu i z boków górne 4 pierścienie tchawicy; tuż poniżej przeszył ją z przodu i z boków 3 pętlami jedwabnemi, poczem na tępo oddzielił tylną ścianę tchawicy od przedniej przełyku, przeprowadził pod nią zgięty zgłębnik Kocher'a i na nim przeciął tchawicę poprzecznie, poleciwszy asystującemu koledze wyciągnąć ją na zewnątrz; wszył tchawicę w otwór rany skórnej z pomocą 3 uprzednio przeprowadzonych pętli i czwartej, przechodzącej przez oba brzegi rany i tylną ścianę tchawicy i w ten sposób otrzymał zupełne odgraniczenie pola operacyjnego od dróg oddechowych. Do otworu w tchawicy wprowadzono zwykłą rurkę tracheotomijną, przez którą prowadzono dalej usypianie, chorego ułożono teraz w pozycyi ze zwieszoną głową. Po starannem oddzieleniu śluzówki przełyku i dolnego odcinka gardzieli od tylnej ściany tchawicy i krtani aż do górnego brzegu chrząstki pierścieniowatej J. otworzył światło gardzieli, przeciął po obu stronach śluzówkę jej, okrawając rogi większe chrząstki tarczowej, następnie naokoło aditus ad laryngem i nagłośni, usuwając ją wraz z krtanią. W końcu dopiero przeciął z przodu błonę grdykowo-tarczową, opróżnił dokładnie przestrzeń trójkątną pomiędzy kością grdykową a nagłośnią. Przez nos wprowadził zgłębnik przełykowy do żołądka, zeszył na nim śluzówkę gardzieli,

poczem przestrzeń rany szczelnie wytamponował gazą jodoformową i nałożył kilka szwów sytuacyjnych.

Chory po operacyi czuł się dobrze, następnego dnia już chodził. Tampony z rany usunięto po dniach 5 i ponieważ nie było ropienia w ranie i jama jej skurczyła się zupełnie, przeto dalej nie tamponowano jej. W następstwie kilka szwów na gardzieli puściło, utworzyła się niewielka przetoka gardzielowa, skutkiem czego J. trzymał zgłębnik przełykowy przez 3½ tygodnia, zwężając otwór przetoki za pomocą plastra. Po upływie tego czasu zgłębnik usunął, chory zaczął przyjmować pokarmy drogą prawidłową, przyczem odrobina pokarmów co kilka ruchów połykowych wydzielała się na zewnątrz, po stosowaniu w dalszym ciągu plastra, po dniach paru przetoka zamknęła się całkowicie. Ciepłota ciała przez cały czas gojenia nie podniosła się ani razu, stan podmiotowy chorego nie pozostawiał nic do życzenia. Obecnie chory znacznie utył, czuje się doskonale, za parę dni będzie wypisany, czuje się na siłach powrócić do zajęcia (podmajstrzy mularski). Już w 2 tygodnie po operacyi zaczął mówić szeptem, obecnie J. uczy go mówić głosem gardzielowym według metody Gutmann'a.

W rozprawach Oderfeld oświadcza, że miał zamiar również przedstawić chorego po całkowitem wyłuszczeniu krtani, które wykonał przed dwoma miesiącami, chory jednak nie zjawił się. Przypadek dotyczył 45 letniego mężczyzny, któremu przed 4 miesiącami zagranicą wykonano operacyę „doszczętną" z powodu guza, znajdującego się na prawej strunie głosowej; guz ten pod drobnowidzem wykazał budowę raka. Wznowa nastąpiła szybko, wobec czego chory zdecydował się na radykalny zabieg w postaci wycięcia całkowitego krtani. Operacyę wykonano w sposób podobny do przypadku kol. Jankowskiego, z tą tylko różnicą, że operacya okazala się trudną, należało bowiem nasamprzód wyosobnić krtan, a przedewszystkiem tchawicę z grubej warstwy tkanki bliznowej, pozostałości po pierwszej operacyi. Na kilka dni przed właściwą operacya wykonano wysoką tracheotomję, a wycięcie krtani wykonano w ten sposób, że jako pierwszy akt przecięto krtań poniżej rurki tracheotomijnej i kikut krtaniowy odrazu wszyto w ranę skórną; zapewniwszy sobie wolny oddech chorego O., idąc od dołu ku górze, wyciął całą krtań, usunąwszy poprzednio trzon kości podjęzykowej. Otwór w gardzieli zeszyto całkowicie. O postąpił w następnem leczeniu odmiennie ód kol. Jankowskiego. Zgłębnika na stałe nie włożył, lecz chorego 3 razy dziennie odżywiał za pomocą zgłębnika.

Sposób ten okazał się nie bardzo praktycznym, gdyż po kilku dniach szwy rozeszły się całkowicie, wskutek czego po paru tygodniach należało powtórnie je nałożyć. Po 7 tygodniach chory wyjechał z zupełnie zagojoną raną.

Sądząc z otrzymanego preparatu, należy stwierdzić, że zagranicą wykonano tylko laryngofissurę i usunięcie guza.

Sławiński zwraca uwagę na jedną ze stron dodatnich poprzedzającego zabieg właściwy nacięcia tchawicy: chorzy przyzwyczajają się do oddychania nieogrzanem powietrzem, wchodzącem wprost do tchawicy i podczas zabiegu zachowują się spokojnie, nie utrudniając operowania przez kaszel i ksztuszenie się.

Leśniowski: postępowanie, zastosowane przez kol. J. jest dopuszczalne

w tych jedynie razach, gdy niema żadnej wątpliwości co do potrzeby wycięcia całej krtani. Ponieważ jednak, wobec znanej zwodniczości obrazów otrzymanych z pomocą wziernika krtaniowego, wątpliwość taka zjawiać się powinna często, w przypadkach nie pewnych zabieg rozpoczynać należy w celu rozpoznawczym od rozszczepienia krtani.

Jako pouczający przykład przytacza L. przypadek Krajewskiego, gdzie kierując się wynikiem wziernikowania krtani, zamyślano wykonać całkowite jej wycięcie, a dopiero podczas operacyi okazało się możliwem poprzestanie na wycięciu częściowem.

Sawicki sądzi, że nacięcie tchawicy winno być zawsze wykonane w przypadkach nowotworów rozpadających się, ze względu na to, że wydzielina posokowata, spływając ku dołowi, zakaża niżej położone odcinki dróg oddechowych: rurka tchawicowa zabezpiecza swobodny odpływ wspomnianej wydzieliny. S. jest również zwolennikiem pozostawienia zgłębnika na stałe, wielokrotne wprowadzanie zgłębnika do sztucznego karmienia wpływa ujemnie na gojenie się zaszytej rany gardzieli.

Oderfeld jest zdania, ze obyć się bez uprzedniej tracheotomii można w przypadkach wyjątkowych, w razie znaczniejszego zwężenia krtani duszności oraz nowotworu rozpadającego się, zabieg ten jest koniecznym. Co do pytania kiedy należy wykonać wycięcie krtani całkowite, kiedy zaś połowiczne, O. przypomina pogląd Mikulicza, który nowotwory złośliwe uważa w każdym przypadku za bezwzględne wskazanie do wycięcia całkowitego.

Jankowski: metodzie Glucka oddać należy bezwzględne pierwszeństwo w tych przypadkach, gdzie ustalone zostało uprzednio wyraźne wskazanie do wycięcia całkowitego krtani. Wycięcie połowiczne, zabieg bez porównania lżejszy i nie wpływający prawie zupełnie na mowę operowanych, stosować można tam, gdzie jedna struna głosowa jest zupełnie zdrowa. W przypadku danem, jak widać na preparacie, aczkolwiek guz wychodzi z połowy lewej, struna prawa prawdziwa jest nacieczona; przy badaniu laryngoskopowem J. nie widział jej zupełnie, struna fałszywa jest obrzękła — wskazanem zatem wyraźnie było wycięcie całkowite. O ile chodzi o postępowanie dwuczasowe, o zaletach którego wspomniano, to można obejść się bez nacięcią tchawicy, stosując sposób, zalecony przez Cisneros'a: wykonać na posiedzeniu pierwszem przecięcie tchawicy poprzeczne, na drugiem zaś usunąć krtań.

4. *Grosglik S.* przedstawił odłamy kamienia, usuniętego przed tygodniem z pęcherza kobiety 59-letniej drogą kruszenia.

Chora od szeregu lat cierpiała na kolkę nerkową prawostronną powikłaną ropieniem, zaburzenia zaś pęcherzowe wystąpiły mniej więcej przed półrokiem. Ponieważ badanie cystoskopowe wykazało kamień wielkości jaja kurzego, mówca, pragnąc przekonać się, czy w danym przypadku kruszenie nie napotka zbytnich przeszkód, wymierzył rozmiary kamienia za pomocą litotryptora i stwierdził, że średnica jego wynosi przeszło 5 cm. Zabieg został dokonany bez chloroformu i bez znieczulenia miejscowego, pomimo iż skutkiem znacznej twardości kamienia G. musiał rozbijać go młotkiem. Natychmiast po operacyi odłamy kamienia zostały usunięte za pomocą aspiratora. Stan pooperacyjny bez wszelkich powikłań. W ciągu pierw-

szych kilku dni po operacyi odchodziły jeszcze odłamy wraz z moczem, poczem badanie cystoskopowe wykazało, że kamień został usunięty doszczętnie.

Przypadek ten zasługuje na uwagę z 2-ch względów: 1) że dotyczy kobiety, wiadomo zaś, że u kobiet kamienie pęcherzowe zdarzają się niezmiernie rzadko; 2) że zaburzenia pęcherzowe datowały zaledwie od pół roku, podczas gdy rozmiary kamienia dowodzą, że musiał on przeleżeć w pęcherzu przez kilka lat.

Waga usuniętych odłamów wynosi 50,0. Badanie chemiczne wykazało, że kamień składa się z kwasu moczowego.

5. *Borzymowski* przedstawił wycięty przed kilku dniami wyrostek robaczkowy, zasługujący na uwagę z tego względu, że na końcu jego znajduje się mocno zrośnięty z otrzewną kąwałek kostki około ½ ctm. długości a ¼ ctm. szerokości. Pomiędzy tą kostką a kanałem wyrostka żadnej komunikacyi niema. Przebieg kliniczny przypadku niczem nie różnił się od typowych form appendicitidis. Chora 13-to letnia panienka w ciągu roku miała trzy napady zapalenia wyrostka z silnymi bólami, wymiotami i niedużą gorączką. Pierwsze dwa trwały po parę dni, ostatni około tygodnia. W czasie operacyi znaleziono bardzo silne zrosty kiszek wkoło wyrostka, którego prawdopobnie, gdyby nie kostka, nie możnaby było odnaleźć, był bowiem bardzo głęboko w miednicy przyrośnięty.

6. *Wertheim A.* w imieniu *Szpota* przedstawia preparat wyrostka robaczkowego, uwięzionego w przepuklinie, z przypadku operowanego przez Szpota. Chory przybył do oddziału z objawami 24-godzinnego uwięzienia prawostronnej, dość dawnej przepukliny pachwinowej. Przeważały objawy niedrożności jelit, objawów wyraźnie zapalnych nie było. W worku znaleziono obok mało zmienionej pętli jelita cienkiego, między nią i obrączką, wyrostek anemiczny, białawy. Po przecięciu obrączki wyrostek przybrał barwę prawie normalną. Wyrostek usunięto. Operacya doszczętna spos. Bassiniego. Wyzdrowienie.

P. HINCZ.

POSIEDZENIA GINEKOLOGICZNE.

Posiedzenie dnia 26 lutego 1909 r.

Przy odczytaniu protokółu demonstracji z poprzedniego posiedzenia, odnoszącej się do cięcia cesarskiego, dokonanego przez Zaborowskiego z powodu włókniaków macicy, usuniętej następnie doszczętnie, Karczewski zaznaczył, że guzy części pochwowej, jak wyrażenia tego użył Z., znajdowaćby się musiały w pochwie, nie zaś w małej miednicy, gdzie stały się przeszkodą dla porodu. Z. nazywa więc szyję macicy częścią pochwową. Broniąc użytego przez siebie wyrażenia, Z. uważa za część pochwową część macicy od ujścia zewnętrznego do wewnętrznego. Obecnie atoli Z. przyznaje słuszność K-mu, który, dzieląc macicę na trzon i na szyję, której odcinkiem znowu jest część pochwowa, przestrzegał anatomicznej ścisłości wyrażenia.

Z przytułku położniczego miejskiego Nr. 1 *Zaborowski* przedstawił dwie chore z uleczonem pęknięciem macicy. U pierwszej z nich, rodzącej po raz piąty, macica pękła podczas obrotu i wywiązywania płodu, dokonywanego przy niezupełnie otwartem ujściu, z powodu wypadnięcia rączki płodu i pępowiny. Po odejściu łożyska, chora gwałtownie krwawiła. Stwierdzono pęknięcie prawego sklepienia, części pochwowej i szyi, sięgające powyżej ujścia wewnętrznego. Przez otwór w pochwie i w macicy ręka przenika do dużej, krwawiącej jamy w przymaciczu.

Nałożywszy dwa podwójne kulociągi Muzeux na wargi części pochwowej, Zaborowski usiłował ściągnąć macicę możliwie nisko i udostępnić ranę na całej długości. Udało się to dzięki uciskaniu macicy przez powłoki brzuszne i założeniu wzierników. Nałożony na głęboki kąt rany, na wysokości ujścia wewnętrznego, pierwszy szew katgutowy pozwolił ściągnąć rozdartą stronę jeszcze więcej, co ułatwiło nakładanie dalszych szwów, których nałożył Z. 4 na szyję, powyżej sklepień i 2 na część pochwową. W ten sposób rana w prawem przymaciczu oddzieloną została zeszytą ścianą szyi od jamy macicy. Przez otwór, pozostały w sklepieniu, ranę w przymaciczu Z. zatamponował dwoma pasmami gazy. Do jamy macicy wprowadził Z. gruby sączek gumowy, sięgający sromu, poczem pochwę mocno zatamponował. Od strony ściany brzucha zastosowano ucisk zewnętrzny. Odpływ wydzieliny połogowej był zupełny; przebieg, z wyjątkiem podnoszącej się parokrotnie ciepłoty, pomyślny. Po sześciu dniach gazę z otworu w sklepienu usunięto i zaprowadzono sączek. Chorą wypisano ze zrośniętą macicą; w sklepieniu —lejkowa blizna, biegnąca wzdłuż macicy w przymaciczu.

W drugim przypadku, u kobiety rodzącej po raz IX, nastąpiło pęknięcie macicy na skutek wodogłowia. Płód znajdował się w położeniu pośladkowem, przy którem nie udawało się wywiązanie głowy. Wezwany kol. Wł. Janczewski, rozpoznawszy wodogłowie, nakłuł głowę płodu i chorą rozwiązał. Z powodu obfitego krwawienia, bezpośrednio po rozwiązaniu, zbadano chorą i stwierdzono lewostronne pęknięcie macicy. Przez rozerwaną, rozwartą szeroko szyję i otwór w lewem sklepieniu ręka wchodzi łatwo do wielkiej, wypełnionej skrzepami jamy, leżącej obok macicy. Jama, ograniczona odwarstwioną otrzewną, sięga podżebrza, przez otrzewną wyczuwa się kiszki. Zewnętrznie — stępienie odgłosu wypukowego w lewym dole biodrowym i na przestrzeni szerokości dłoni ku podżebrzu. Macica odsunięta do prawego dołu biodrowego. Ponieważ chora, pomimo dokonanego niezwłocznie tamponowania od strony pochwy, krwawiła w dalszym ciągu, a stan jej—pomimo wprowadzenia pod skórę 700 ctm. sześć. roztworu soli—pogarszał się, Z. w pięć godzin po rozwiązaniu przystąpił do zabiegu, którego—wobec niezupełnego pęknięcia — dokonał zewnątrzotrzewnowo, metodą Krajewskiego. Cięcie więc Bardenheuer'a, 2 ctm. nad więzem Poupart'a i równolegle do tego ostatniego, długie na 12 ctm.; przecięcie powięzi i oddzielenie na tępo mięśnia prostego brzucha. Już w tkance zewnątrzotrzewnowej mamy obszerne krwawe wybroczyny. Otrzewna odwarstwiona na tępo od ściany brzucha i miednicy. W ten sposób dotarto do dużej jamy, wypełnionej skrzepami i krwią płynną, schodzącej do

małej miednicy i idącej w stronę podżebrza, między otrzewną a ścianą brzucha. Podczas odłuszczania otrzewnej, ta rozdartą została nieznacznie i po stwierdzeniu, że krwi w wolnej jamie otrzewnej niema, niezwłocznie zaszytą. Macica pęknięta podłużnie w kierunku jajowodu, na długości 10—12 ctm. Prócz tego rozerwana $^1/_3$ obwodu sklepienia pochwy. Z wyjątkiem jednego znaczniejszego pnia tętniczego (uterina?), który podwiązano, odszukanie i opatrzenie reszty krwawiących naczyń przedstawiało pewne trudności z powodu głębokości rany. Hemostaza, uzupełniona zresztą gazą, wprowadzoną do rany i później do pochwy, okazała się w następstwie niewystarczającą do tego stopnia, że w godzinę po zabiegu, chorą należało rozbandażować i tamponowanie uzupełnić. Stan chorej w ciągu pierwszych dni ciężki, prawie beznadziejny, polepszał się stopniowo. Po tygodniu tampony usunięto i zmieniono na sączki gumowe. Po sześciu tygodniach pozostało jeszcze wielkie rozlane stwardnienie w dole biodrowym, łączące się z blizną w lewem sklepieniu i z wciągniętą mocno blizną ściany brzusznej. Wynik leczenia w ostatnim przypadku zwłaszcza, bez zarzutu z punktu widzenia anatomicznego, wydaje się Zaborowskiemu wątpliwym, odnośnie sprawności macicy na przypadek ponownej ciąży i porodu.

W dyskusyi Karczewski stwierdza z ubolewaniem, iż metoda Krajewskiego, posiadająca doniosłe znaczenie w traktowaniu niezupełnych pęknięć macicy, zagranicą zupełnie nie jest znana.

Stankiewicz Czesław zapytuje Zaborowskiego o szczegóły użytego zabiegu i oświadcza dalej, iż przy pęknięciu macicy, drążącem do jamy brzusznej, lub też połączonem z groźnym krwotokiem, uważa za wskazane cięcie brzuszne. W jednym z przypadków, operowanym tą drogą przed 8 laty, S. wydobył z jamy brzusznej płód, leżący między jelitami, i łożysko; po oczyszczeniu jamy brzusznej ze skrzepów i opanowaniu krwawienia, ranę macicy zaszył i włożył worek Mikulicza. Chora wyzdrowiała.

Droga brzuszna, w razie krwotoku tętniczego, gdy naczynia krwawiące w głębi rany nie są łatwo dostępne, daje możność wstrzymania go bardzo szybko przez podwiązanie naczyń: art. ovaricae i art. iliacae internae resp. hypogastricae. Tylko w przypadkach lżejszych, gdzie krwotok nie grozi bezpośrednio życiu chorej i pęknięcie macicy nie drąży do jamy brzusznej, istnieje zdaniem S.—wskazanie do zastosowania metody zewnątrzotrzewnowej Krajewskiego, zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie drogą pochwową nie można należycie sączkować jamy, wytworzonej przez pęknięcie i wylew krwawy.

W odpowiedzi Zaborowski wyjaśnia użyty zabieg w głównych zarysach, a więc: cięcie Bardenheuer'a, zewnątrzotrzewnowe traktowanie wiązu. Zabieg, otwierający otrzewną i szycie lub doszczętne usunięcie pękniętej macicy, które Stankiewicz stosowałby w ostatnim przypadku, ze względu na losy operowanej Zab. uważa za postępowanie przeciwwskazane. Ze względu na podejrzaną zawsze zawartość pochwy i ran, które się z nią łączą, operujący unikać powinien zabiegu, który przemienia pęknięcie niezupełne w zupełne.

Zaborowski demonstrował wreszcie niewessany katgut z blizny po cięciu cesarskiem, przed trzema laty dokonanem.

Z powodu powyższego, Karczewski wyraził powątpiewanie, czy istotnie mamy tu do czynienia z katgutem? Karczewski już po dniach dziesięciu widział na otrzewnej i powięzi katgut jodowy zupełnie rozpuszczony. Sądzi też, iż przedstawiony przez Zaborowskiego preparat jest raczej zwykłym jedwabiem.

Z dalszych przemówień w tej kwestyi Boryssowicza i Anteckiego wynikło, iż demonstrowany preparat niewątpliwie jest silkiem, jakiego użyto u omawianej chorej przed kilku laty, podczas cięcia cesarskiego, dokonanego w tutejszym zakładzie ginekologicznym.

Lorentowicz wypowiedział odczyt: „O niektórych wskazaniach do skrobania macicy;" odczyt ten był ogłoszony drukiem w N. 26 „Medycyny i Kroniki Lekarskiej" r. b.

Redaktor Antoni Leśniowski. Wydawca Czesław Stankiewicz.

Druk L. Bilińskiego i W. Maślankiewicza, Nowogrodzka 17.